

MÉMOIRES ORIGINAUX

DEUX CAS DE MÉNINGITE CHRONIQUE SYPHILITIQUE (1)

PAR

C. Vincent, interne des hôpitaux.

Je veux montrer que dans certains cas de syphilis cérébro-spinale, la méningite chronique précède souvent même de beaucoup les troubles nerveux et que l'enchaînement des faits paraît être le suivant : syphilis, méningite, troubles nerveux.

Ce n'est point là une idée qui m'est personnelle ; elle ressort, je crois, des travaux de certains de mes maîtres, MM. Vidal, Babinski, Nageotte, de ceux de M. Ravaut ; mais je crois aussi que la preuve de l'exactitude de cette idée n'a pas été jusqu'ici fournie avec précision ; on n'a point montré, à ma connaissance du moins, une méningite chronique *évidemment syphilitique*, existant à l'état isolé pendant longtemps, puis suivie de troubles nerveux (2).

Les deux cas que je vais rapporter me paraissent concourir fortement à cette démonstration.

Je vais exposer d'abord les arguments qui permettent d'affirmer chez ces malades la méningite chronique syphilitique, je dirai ensuite l'histoire clinique de chacun d'eux et les conclusions qu'on en peut tirer.

I. — PREUVES DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE SYPHILITIQUE.

Les deux malades sont atteints de méningite chronique. J'ai pratiqué chez l'un 4 ponctions lombaires dans l'espace de 8 mois, chez l'autre 3 ponctions dans l'espace de 3 mois, chaque fois j'ai constaté dans le liquide céphalo-rachidien de l'un et de l'autre la présence d'un nombre considérable d'éléments. La méningite chronique est donc sûre.

La nature syphilitique de cette méningite peut s'affirmer en se fondant sur les raisons suivantes : les deux malades sont des gens jeunes, sans infections ou intoxications chroniques ; tous deux ont une syphilis acquise de date récente ; chez l'un, l'accident initial remonte à quatre ans, chez l'autre à un an ; chez ce dernier même, on a pu suivre la méningite chronique en quelque sorte à la trace depuis la période d'infection généralisée, jusqu'aux accidents actuels.

Bref si, en se fondant sur des arguments cliniques, on peut parfois affirmer la nature spécifique d'une lésion, c'est bien dans les cas présents.

(1) Communication à la Société de Neurologie de Paris, séance du 2 juillet 1908.

(2) M. Nageotte a montré un épileptique ayant de la lymphocytose rachidienne, présentant ensuite le signe d'Argyll ; mais la syphilis n'était pas prouvée autrement chez ce malade.

II. — HISTOIRE DES MALADES.

Le premier malade est un jeune homme de 24 ans, étudiant en pharmacie. Il a contracté la syphilis le 20 novembre 1904. L'accident initial a consisté dans un chancre du prépuce de la taille d'une pièce de cinquante centimes. L'ulcération, très superficielle, était accompagnée de ganglions inguinaux. Elle a duré 15 jours.

Le malade dit n'avoir pas remarqué d'accidents secondaires. Il est vrai qu'il s'est mis à l'huile grise dès l'apparition du chancre et qu'il n'a jamais été vu par un médecin compétent. L'existence récente d'une gomme pharyngée, vue par M. Thibierge et rapidement guérie par le traitement vient maintenant, encore confirmer la nature de l'ulcération initiale.

Au début, le traitement consista, comme je viens de le dire, en trois ou quatre injections d'huile grise. Mais le malade s'en lassa vite à cause de la douleur qu'elles provoquaient. Il se mit aux pilules de protoiodure de Hg (pilules de 0,10, pas toujours molles); depuis trois ans il prit chaque jour d'une façon inlassable une de ces pilules; il affirme que depuis ce temps et avant le traitement que je lui ai fait subir, il n'a peut-être pas omis dix fois de prendre sa dose journalière.

Il était de bonne santé apparente, se félicitait de son traitement, s'était même marié quand, progressivement, en mars 1907, soit 27 mois environ après le chancre, apparut de la céphalée.

Depuis cette époque, jusqu'en 8 novembre 1907, date à laquelle je vis le malade pour la première fois, cette céphalée a duré d'une façon presque continue, sauf à de courts intervalles, pendant lesquels elle a disparu sans traitement et sans cause appréciable. Cette céphalée dans les périodes de paroxysmes était occipitale, durait toute la journée, mais était violente surtout la nuit.

Tout à tour, elle fut considérée comme manifestation grippale, manifestation neurasthénique et traitée sans résultat d'ailleurs par les antinevralgiques et le repos à la campagne.

Elle durait encore quand il me fut envoyé par un de mes collègues.

J'examinai le malade pour la première fois le 8 novembre 1907, dans le service de M. Thibierge, à l'hôpital Broca.

Guidé par cette idée que cette céphalée était peut-être la première manifestation d'une syphilis cérébro-spinale, je pratiquai un examen systématique des fonctions nerveuses.

Tous les réflexes tendineux et cutanés (rotuliens, achilléens, réflexes osseux du poignet, réflexes tricipaux, phénomènes de l'orteil), étaient normaux. Les pupilles réagissaient à la lumière sans paresse aucune, la sensibilité objective ou subjective (en dehors de la céphalée) n'était troublée d'aucune façon. J'ajoute qu'actuellement, 8 mois après le premier examen, toutes ces fonctions sont encore normales.

Cet homme ne paraissait donc pas présenter d'altération même légère de son système nerveux. Cependant avant de le rassurer complètement, je l'engageai à se laisser pratiquer une ponction lombaire. Après quelques instants de résistance, il se laissa faire.

A peine le liquide était-il recueilli dans le tube que le diagnostic était sûr; le liquide avait cet aspect opalescent, ce reflet moiré signalé par M. Nageotte dans les méningites chroniques avec éléments très abondants.

La centrifugation et la coloration sur lame vinrent confirmer et renforcer ce diagnostic. Il y avait une vraie purée d'éléments comme on en voit dans les paralysies générales les plus actives. J'ajoute que la formule cytologique de cette méningite avait quelques caractères particuliers : aux lymphocytes et aux grands mononucléaires ordinaires qui étaient les plus nombreux s'ajoutaient quelques polynucléaires neutrophiles et éosinophiles; et surtout un certain nombre de lymphocytes « à protoplasma basophile à type de plasmazellen jeunes et des plasmazellen adultes ». Or, pour certains auteurs, pour Unna en particulier, la présence des plasmazellen dans un foyer inflammatoire doit faire soupçonner la syphilis.

Le malade fut mis immédiatement en traitement mercuriel; il reçut tous les deux jours, pendant deux mois, une piqûre intraveineuse de cyanure de mercure. (En tout 30 piqûres).

Très rapidement la céphalée disparut et le malade n'éprouva plus aucun trouble de quelque nature que ce soit.

Après les injections intraveineuses, le traitement mercuriel fut continué sous la forme

d'une série de six piqûres d'huile grise, et de deux séries de six piqûres d'huile au calomel (chaque piqûre contenaient 0,05 centigr. de mercure métallique ou de calomel).

Depuis la fin de décembre 1907, le malade n'a pas présenté le plus petit trouble nerveux objectif ou subjectif; on pourrait le considérer comme guéri depuis maintenant (juillet 1908) six mois, si une gomme pharyngée apparue récemment ne montrait que l'agent de la syphilis est toujours chez lui vivace et si la ponction lombaire pratiquée *systématiquement et périodiquement* sous les deux mois environ (il a eu maintenant (juillet 1908) quatre ponctions) ne témoignait pas que la méningite est toujours anatomiquement aussi intense.

Ce malade est donc bien atteint d'une méningite chronique syphilitique qui ne se manifeste par aucun signe clinique objectif et même depuis décembre 1907 par aucun signe subjectif.

Quel est son avenir? Il est difficile de le dire. Quel qu'il soit, cet avenir ne peut qu'être intéressant. En effet, le malade ne peut échapper à une des trois solutions suivantes: ou bien avec le traitement il guérira, et il est d'une importance capitale de savoir qu'une méningite chronique syphilitique peut guérir sans laisser de trace; ou bien cet état se prolongera indéfiniment sans se manifester par des troubles nerveux, et cela n'est pas moins important à savoir; ou bien le malade versera dans une manifestation qui s'accompagne nécessairement de méningite chronique, la paralysie générale ou le tabes, par exemple, ou encore dans toute autre moins fréquente.

La seconde malade est une enfant de 8 ans. La syphilis est de date toute récente. Elle contracta en mars 1907 un chancre de la lèvre supérieure dont elle porte encore la cicatrice sur la moitié gauche de celle-ci.

Là encore il n'y eut pas d'accidents secondaires décelables. La petite malade a été vue dès cette époque par M. Thibierge; le fait est donc aussi sûr qu'un fait clinique peut l'être. Mais dès le mois de mai 1907, elle faisait une gomme de la clavicule, une kératite interstitielle diagnostiquée par M. Chaillous.

J'insiste sur cette kératite parce que MM. Thibierge et Ravaut n'ont jamais vu, moi-même je n'ai jamais vu durant le temps que j'ai passé à Saint-Louis ou à Broca, un cas de kératite interstitielle non accompagnée, au moins à une période de son évolution, de lymphocytose rachidienne, c'est-à-dire de réaction méningée. C'est là une règle à laquelle je ne connais pas jusqu'ici d'exception. Donc on peut dire, en ayant beaucoup de probabilité pour soi, que la méningite existait chez cette enfant dès mai 1907.

A cette époque, elle fut mise à la liqueur de Van Swieten; la gomme, la kératite guérirent.

Les choses allaient bien, quand dans les premiers jours de mars 1908, soit un an après l'accident initial, un nouveau phénomène apparut: l'enfant devint sourde en quelques jours.

Un matin, sa mère l'appela à plusieurs reprises pour déjeuner, elle ne vint pas. Sa mère la gronda et lui demanda des explications, elle répondit: « Je n'entends pas, j'ai le chemin de fer dans les oreilles. » Peut-être, dit maintenant la mère, l'acuité auditive baissait-elle depuis quelques jours.

Je vis l'enfant pour la première fois le 14 mars 1908. Le 17 mars, ses oreilles furent examinées chez M. Babinski par M. Weil. Il me remit la note suivante: « L'enfant Yvonne L... présente des signes nets d'altération labyrinthique. Diminution de la perception aérienne et de la perception osseuse. Weber à droite (latéralisation du son du côté de la meilleure oreille). Entend tous les diapasons des deux côtés, mieux à droite qu'à gauche (voie aérienne), avec une diminution considérable de la durée de la perception. La voix haute est entendue pour OG à 0^m,10, pour OD à 1^m,25. » Pas de lésions de l'oreille moyenne.

Le vertige voltaïque était normal.

Il n'existait aucun autre signe d'une altération organique du système nerveux. (Réflexes tendineux et cutanés normaux, pas de Robertson, pas d'autres lésions des nerfs bulbaire, pas de troubles sensitifs, objectifs ou subjectifs.)

Très rapidement, malgré le traitement (depuis le 14 mars, 10 piqûres d'huile au calomel, ou d'huile grise de 0,05 chacune) la surdité augmenta, l'oreille droite se prit comme l'oreille gauche. Actuellement, juillet 1908, la petite malade est complètement sourde; elle n'entend rien de ce qui se dit autour d'elle, à tel point que sa mère songe à la placer à l'institution des sourds-muets pour la rééduquer. M. Weil, qui l'a revue récemment, m'a envoyé la note brève suivante: « Votre petite malade a de la névrite de la VIII^e paire. »

Ainsi en 5 mois (de mars à juillet inclus) s'est établie, chez un enfant de 8 ans, syphi-

litique depuis un an, une surdité bilatérale à peu près complète sans qu'on puisse déceler chez elle d'autres phénomènes nerveux qu'une énorme *lymphocytose rachidienne*.

En effet, dès mon premier examen, j'avais pratiqué chez cette enfant une ponction lombaire; depuis j'en ai fait deux autres (fin avril et juin 1908). Les trois fois, j'ai trouvé la même lymphocytose abondante. Peut-être à la troisième ponction les éléments étaient-ils moins nombreux. J'ajoute que dans ce cas je n'ai pas retrouvé les éléments à types plasmazellen, ou les plasmazellen adultes que j'ai vus dans le premier.

Cette petite fille est donc atteinte d'une surdité étroitement liée à une méningite chronique.

Le fait que j'ai constaté cette lymphocytose dès le début de la maladie, début palpable ici et pour cause, joint à cet autre que l'enfant a présenté à un moment de la kératite interstitielle, par conséquent très vraisemblablement une réaction méningée, rend quasi-certaine la préexistence de la méningite aux phénomènes auriculaires. Ainsi la lésion du nerf acoustique apparaît chez cette enfant comme le III^e stade d'une maladie en évolution dont les précédents ont été l'infection syphilitique d'abord, la méningite ensuite.

III. — CONCLUSION

L'étude de ces deux faits semble bien montrer qu'une méningite chronique syphilitique peut exister longtemps à l'état isolé sans être accompagnée de phénomènes nerveux objectifs, subjectifs même, puis dans certains cas être suivis enfin à plus ou moins longue échéance de ces mêmes accidents nerveux.

Cette constatation met une fois de plus en évidence la valeur diagnostique de la ponction lombaire; elle semble autoriser l'affirmation suivante : s'il était démontré un jour d'une façon rigoureuse qu'un traitement spécifique agit sur la méningite chronique syphilitique, il faudrait pratiquer la ponction d'une façon systématique chez tous les vérolés pour surprendre la méningite à sa naissance et la faire disparaître avant qu'elle n'ait causé d'irréparables lésions.

ANALYSES

NEUROLOGIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

ANATOMIE

- 1576) **Des procédés d'Autopsie du Cerveau**, par POJARISKY. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 1, 1908.

L'auteur donne la description générale de divers procédés, dont on peut se servir à l'autopsie du cerveau.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1577) **État actuel des études sur la Structure et les Fonctions du Système Nerveux central**, par KASTANAÏANE. *Comptes rendus de la Soc. médicale de Rostov-sur-Don et de Nakhitchéayne*, fasc. 5, p. 149, 1907.

L'auteur donne une revue générale détaillée concernant les fonctions du système nerveux central et cite des faits anatomo-histologiques.

SERGE SOUKHANOFF.

- 4578) **Malformations et Hétérotopies artificielles de la Moelle**, par GUIDO GARBINI et RENATO REBIZZI. *Annali del Manicomio Provinciale di Perugia*, an I, fasc. 4-2, p. 57-94, janvier-juin 1907.

Les auteurs étudient avec beaucoup de détail et ils figurent les déformations médullaires parfois considérables qui sont le résultat de manipulations de la moelle pendant et après son extraction du canal rachidien. F. DELENI.

- 4579) **Étude anatomique de la Moelle et des Nerfs d'une Morphinomane**, par O. SCHÜTZ. *Neurol. Cbtt.*, n° 4, p. 157-159, 15 février 1908.

Femme de 23 ans : on a trouvé de la dégénération au Marchi et au Pal des cordons postérieurs et latéraux sur toute l'étendue de la moelle, dégénération allant en diminuant de haut en bas, de faibles zones de sclérose en foyers disséminés au niveau de la moelle cervicale, et de la dégénération des racines et des nerfs périphériques. La malade présentait de multiples localisations d'arthrite déformante; elle était du reste devenue morphinomane à propos de cette arthrite.

FRANÇOIS MOUTIER.

- 4580) **Altérations du Système Nerveux central soumis à l'action de l'Adréraline**, par R. SHIMA. *Neurol. Cbtt.*, n° 4, p. 159-160, 15 février 1908.

Les cellules nerveuses sont ratatinées, les dendrites recroquevillées en tire-bouchon. Les vaisseaux sont sclérosés; des plasmazellen les engainent, il y a quelques hémorragies interstitielles. L'épendyme ventriculaire prolifère, principalement au niveau des stries du calamus. Il existe un notable degré de pie-mérite. Dans leur ensemble, ces lésions rappellent les altérations signalées par Spielmeyer dans les trypanosomiasés.

FRANÇOIS MOUTIER.

- 4581) **Névromes et Fibromes des Surrénales**, par J. SABRAZÈS et P. HUGNOT. *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, an XX, n° 2, p. 489, mars 1908.

Fibrome d'une surrénale sans manifestations addisoniennes. Cas intéressant surtout au point de vue de l'histologie et de l'histogénèse. Exposé de la question des tumeurs surrénales, revision des cas publiés.

FEINDEL.

- 4582) **Hémimélie avec atrophie numérique des tissus. Étude anatomique et pathogénique de l'hémimélie**, par M. KLIPPEL et PAUL BOUCHET. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XX, n° 4, p. 290, juillet-août 1907.

Observation anatomo-clinique d'un garçon de 17 ans, de petite taille, ayant un aspect infantile assez caractérisé.

Son membre thoracique droit est représenté par son segment huméral normal et par un segment antibrachial très court, terminé par un sorte de palette de dimensions très réduites tenant lieu de main.

Les auteurs font de leur cas une étude anatomique complète et le rapprochent des faits du même genre.

- 4583) **Une anomalie rare. Doigts sans Ongle**, par R. MALCOLM. *British Medical Journal*, n° 2463, p. 926, 18 avril 1908.

Homme chez qui il y a absence complète des ongles au pouce, à l'index, au médium des deux mains; l'ongle manque également sur la moitié radiale de l'annulaire.

Difformité analogue aux pieds.

L'anomalie est familiale et elle a atteint quatre générations. THOMA.

1584) **Anomalie congénitale des Mains et des Pieds**, par A. B. NORTH-COTE. *British medical Journal*, n° 2471, p. 1107, 9 mai 1908.

Ectrodactylie et syndactylie des quatre extrémités chez un fœtus qui a vécu 12 jours. THOMA.

1585) **Hypertrophie congénitale du Pied droit**, par G. CIEREN (Saint-Pol-sur-Mer). *Soc. de Médecine du département du Nord*, 28 février 1908. *Echo Médical du Nord*, p. 146, 22 mars 1908.

Photographies et radiographies concernant un jeune homme de 18 ans.

A sa naissance, le sujet présentait une hypertrophie considérable du pied droit et celui-ci avait déjà l'aspect extérieur que l'on remarque aujourd'hui. Ce n'est que petit à petit et sans grande gêne, ni douleur, que le membre prit un volume colossal. Ce jeune homme peut marcher, voire même courir aussi facilement et aussi vite que tout autre, affirme-t-il.

L'hypertrophie considérable du pied porte sur toutes ses parties; la région métatarsienne prend un aspect presque cylindrique.

A cette région fait suite une espèce de pince de homard, constituée d'une part, par un pouce énorme arrondi, et d'autre part, par un moignon ou plutôt par un doigt large, étalé, constitué par la réunion des deux premiers orteils.

Sur la face externe du pied, les deux derniers orteils du pied émergent péniblement, faisant contraste avec cette énorme masse.

Le pied droit hypertrophié mesure 41 centimètres de longueur (gauche, 23) et aussi 41 centimètres de tour au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne (gauche, 21).

FEINDEL.

ÉTUDES SPÉCIALES

CERVEAU

1586) **Un cas de Porencéphalie chez un Hydrocéphale épileptique**, par J. SÉGLAS et ANDRÉ BARBÉ. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XX, n° 6, p. 425-430, novembre-décembre 1907.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, depuis longtemps interné à Bicêtre pour épilepsie et débilité mentale; chez lui les attaques convulsives graves et fréquentes s'accompagnaient de céphalée et par instant de véritable état de mal; le niveau intellectuel était faible, le caractère irascible, et le malade était incapable de fournir aucun travail. — Tête grosse, circonférence horizontale, maxima de 67 centimètres; indice céphalique, 82,7.

Le malade ayant succombé aux progrès d'une tuberculose pulmonaire rapide, on fit l'autopsie.

A l'ouverture du crâne dont l'épaisseur est faible on voit les méninges épaissies et distendues; l'ouverture de la dure-mère donne issue à un demi-litre de liquide clair, et l'on est frappé par la présence d'une vaste cavité siégeant au niveau des parties moyennes et postérieures de l'hémisphère droit. Cette cavité suffisamment étendue pour pouvoir admettre une orange est assez irrégulière quant à ses bords; elle est régulière quant à ses parois. La pie-mère, très épaissie, forme comme un rideau étendu au-dessus de cette cavité dont la partie inférieure est tapissée par une membrane mince, tendue, transparente, per-

forée par de nombreux trous qui permettent une facile communication entre la cavité porencéphalique et la cavité ventriculaire.

Les détails ultérieurs montrent qu'il s'agit bien de porencéphalie vraie suivant la description qui en a été donnée par MM. Bourneville et Sollier.

E. FEINDEL.

1587) **De l'Épilepsie Jacksonienne par Porencéphalie traumatique**, par JABOULAY. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXI, n° 32, p. 375, 17 mars 1908.

Observations de 2 cas d'épilepsie jacksonienne par kystes traumatiques anciens de forte dimension.

Détail à signaler : chez un opéré on entend à l'auscultation du crâne, surtout près du point trépané, le double souffle de la respiration. Cette transmission des bruits respiratoires ne se fait pas par le crâne trépané, mais par le cerveau kystique ; c'est, avant comme après la trépanation, un signe de l'état porencéphalique du cerveau.

E. FEINDEL.

1588) **Un cas d'Épilepsie avec Aphasie**, par B. REDLICH. *Congrès des Alién. autrich.*, Vienne, 4-6 octobre 1907.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, victime 10 ans auparavant d'un léger traumatisme crânien. Depuis l'âge de 14 ans, il survient une attaque d'épilepsie toutes les 5 semaines environ. A la suite d'une période épileptique ayant duré 3 jours, le malade donne l'impression d'un aliéné, ne parle plus, ne comprend rien, est interné par les soins de la police. L'on constate chez cet individu, qui est gaucher, des troubles graves de l'élocution. L'évocation spontanée et la répétition des mots sont défectueuses. L'écriture et la lecture sont sans défaut, mais le malade ne comprend ni ce qu'il lit, ni ce qu'il écrit. Il ne peut écrire sous dictée. Une amélioration évidente se manifesta peu à peu. L'auteur, qui fait de cette observation un cas mixte d'aphasie sensorielle sous-corticale et d'aphasie sensorielle transcorticale, se demande si, plutôt que de voir en de tels faits un syndrome d'épuisement postépileptique, l'on ne devrait pas les tenir pour quelque chose d'analogue à l'apoplexie tardive post-traumatique.

FRANÇOIS MOUTIER.

1589) **Un cas d'Épilepsie jacksonienne avec autopsie**, par G. SANNA SALARIS (de Cagliari). *Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettrotterapia*, vol. I, fasc. 5, p. 219-224, mai 1908.

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui présentait des crises d'épilepsie partielle ; il avait la jambe gauche parésisée ainsi que la face du côté gauche ; le membre supérieur, où les spasmes apparaissaient d'abord, était paralysé. Cet homme mourut en état de mal.

A l'autopsie, on trouva une gomme du sillon rolandique, et au-dessus un foyer de ramollissement dans la substance médullaire.

F. DELENI.

1590) **1° Monoplégie crurale par lésion du lobule paracentral ; 2° Lésion étendue de la région rolandique d'origine intra-utérine sans hémiplégie consécutive (Contribution à l'étude des fonctions de la zone motrice du cerveau et des dégénérescences secondaires de ses fibres de projection)**, par E. LONG (de Genève). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XXI, n° 1, p. 37-56, janvier-février 1908.

Ce travail qui rapproche les observations de deux malades frappés aux

périodes extrêmes de la vie est intéressant au point de vue de la possibilité d'effets très différents de lésions de même localisation.

Chez le premier malade, un vieillard de 74 ans, une lésion cérébrale peu étendue laisse une paralysie permanente; les phénomènes de suppléance sont à peu près nuls.

Dans la seconde observation le centre cortical du membre supérieur est détruit pendant la vie intra-utérine; cette lésion très étendue de la zone motrice n'a produit qu'un déficit fonctionnel minime; grâce à la précocité de son apparition, il y a eu pour les voies motrices suppléance anatomique en même temps que physiologique.

E. FEINDEL.

1591) **Un cas d'Hémiplégie Cérébrale d'origine Diphtérique**, par EGUISE. *Revue (russe) de médecine*, n° 5, p. 450-458, 1908.

Un cas de diphtérie chez une fillette de 6 ans, traitée par sérum antidiphtérique, terminé par la mort à la suite de complications: scarlatine et pneumonie. Le treizième jour de la maladie s'était manifestée une hémiplégie complète du côté gauche; l'auteur admet le diagnostic d'embolie suite de lésion cardiaque.

SERGE SOUKHANOFF.

1592) **Un cas de lésion Cérébrale en foyer**, par V. OSSIPOFF. *Soc. de Neuro-pathologie et de Psychiatrie de Kazan*, séance du 28 mars 1908.

Chez une malade, de 39 ans, on observait des phénomènes d'hémi-parésie gauche, des phénomènes d'excitation (par exemple, *hemiathétose gauche*), des symptômes de paralysie pseudo-bulbaire; on supposa l'existence d'une lésion du *nucleus lenticularis* droit (près de la capsule interne), ce qui fut confirmé à l'autopsie.

SERGE SOUKHANOFF.

1593) **Cas de lésion de l'Aire Motrice du Cerveau**, par G. BURNSIDE BUCHANAN. *Glasgow Medical Journal*, vol. LXIX, n° 3, p. 478, mars 1908.

Observation d'un homme ayant reçu sur le crâne, d'un lieu élevé, une pièce de bois qui déterminait une fracture comminutive avec enfoncement. D'après le repérage sur le crâne, le siège de la blessure était un peu en arrière du sillon de Rolando; son effet immédiat fut une hémiplégie gauche.

L'auteur fait remarquer l'absence de suppuration de la blessure malgré la malpropreté du corps vulnérant et la perte prolongée de substance cérébrale. L'amélioration de l'hémiplégie se fit peu à peu par le retour de la fonction de certains groupes musculaires, comme cela se produit dans les cas d'hémiplégie par hémorragie cérébrale.

Malgré le processus cicatriciel étendu il ne se produisit pas d'épilepsie jacksonienne.

Quant au pronostic il est peu satisfaisant. L'hémiplégie est assez étendue et depuis quelque temps le blessé est devenu très irritable, agité, et il souffre d'insomnie.

THOMA.

1594) **Un cas de Diplégie infantile compliquée d'Athétose bilatérale**, par OSSOKINE. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 2, 441-454, 1907.

Le malade, garçon de 6 ans, présentait les phénomènes suivants: paralysie des extrémités supérieures et inférieures, parésie des muscles spinaux et cervicaux, exagération des réflexes tendineux, atrophies musculaires, mouvements

spontanés avec caractère de stéréotypie, trouble de la déglutition et de la phonation. L'auteur admet le diagnostic de diplégie cérébrale avec athétose.

SERGE SOUKHANOFF.

1595) **Hémiplégie pseudo-hystérique**, par A. ADAMKIEWICK. *Neurol. Cbtt.*, n° 3, p. 98-102, 1^{er} février 1908.

A la suite d'une violente contrariété chez une femme de cinquante ans, ictus sans perte de connaissance. Hémiplégie gauche sans troubles du langage ou de l'intelligence, intégrité absolue des nerfs craniens. Hémianesthésie homonyme totale. Clonus léger de la rotule et du pied. L'étiologie émotionnelle, l'hémianesthésie, la conservation de l'intelligence étaient bien en faveur de l'hystérie; mais il était surprenant de constater l'intégrité de la vue, de l'odorat et du goût. L'auteur a tranché le diagnostic hésitant par l'application d'un sinapisme, conformément à ses vues personnelles sur le fonctionnement psychique de la sensibilité. Ce sinapisme n'ayant pas provoqué le transfert de l'hémianesthésie du côté malade au côté sain, l'auteur a conclu qu'il s'agissait ici d'une hémiplégie organique et non d'une hémiplégie hystérique. L'état des réflexes n'est pas mentionné.

FRANÇOIS MOUTIER.

1596) **Intégrité de la fonction stéréognostique et de toutes les formes de la Sensibilité dans un cas de lésion du lobe Pariétal Gauche**, par ALFRED GORDON (de Philadelphie). *Medical Record*, n° 1934, p. 648, 18 avril 1908.

Il s'agit d'un homme de 58 ans qui fit une tentative de suicide et qu'on opéra pour extraire une balle de revolver de sa région pariétale. Avant l'opération comme après, le sujet fut examiné à plusieurs reprises au point de vue des sensibilités et du sens stéréognostique; les sensibilités ont toujours été trouvées normales et équivalentes pour les deux extrémités supérieures; même chose pour le sens stéréognostique.

THOMA.

1597) **Cécité par Ramollissement symétrique des Sphères Visuelles**, par E. TOULOUSE et L. MARCHAND. *Soc. anatomique de Paris*, octobre 1907, *Bull.*, p. 646.

Présentation du cerveau d'une démente de 70 ans, avec ramollissements anciens des deux sphères visuelles.

E. FEINDEL.

1598) **Abcès Cérébral d'origine Otique (Aphasie amnésique)**, par K. SCHOFFER (de Budapest). *Neurol. Cbtt.*, n° 22, p. 1042-1052 (1 fig.), 16 novembre 1907.

Un menuisier de 28 ans, entendant mal de l'oreille gauche depuis l'enfance, souffre depuis 3 semaines de vertiges et de bourdonnements d'oreilles. Il ne peut s'exprimer correctement et se plaint de ne pouvoir lire. On note de violents maux de tête; il existe de la neuro-rétinite, et de l'otite purulente à gauche, avec perforation du tympan et sensibilité de la région temporale gauche à la percussion. Les symptômes d'aphasie sont très caractéristiques: le malade a oublié un certain nombre de choses banales, le nom de sa rue par exemple. Il lit très incorrectement, se trompe principalement sur les lettres initiales des mots, et ne tient aucun compte des accents si nombreux et si typiques dans l'écriture hongroise. Agraphie légère, avec oubli total de l'accentuation; le calcul semble peu altéré. Après trépanation de l'écaille temporale, on évacue un

abcès du lobe temporal. Amélioration rapide de tous les symptômes, hormis l'amnésie verbale qui évolue beaucoup plus lentement. Onze mois après l'intervention, il existe encore une certaine difficulté d'évocation pour quelques mots. L'écriture est certainement plus sûre, mais quelques fautes la déparent encore. La lecture est lente, parfois erronée; le malade décompose à dessein les mots en syllabes. Les facultés d'attention sont toujours très affaiblies; cependant, quand on peut amener le malade à être attentif, la répétition orale des mots et la copie de l'écriture d'après un modèle sont exactes. Les pupilles réagissent correctement, mais la droite est notablement dilatée. Aucun trouble des mouvements oculaires, de la déglutition ou de la marche; pas de Romberg.

FRANÇOIS MOUTIER.

1599) **Note sur le diagnostic des lésions des Couches Optiques**, par ERIXON. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, n° 2, 1908.

Malade de 24 ans, à l'autopsie duquel on a trouvé une tumeur des couches optiques, du tractus et du nerf optique. Parmi les symptômes il y avait, entre autres, les suivants: le malade ne riait pas, ne pleurait pas, ne manifestait pas de colère, ne s'effrayait pas. Ces symptômes étaient dus non seulement à la suppression de la coordination des mouvements mimiques, par lésion du thalamus, mais encore à la diminution de la capacité interne émotionnelle à recevoir des impressions externes. L'affaiblissement de la mémoire et une certaine inhibition dans l'idéation se trouvaient, sans doute, en rapport avec les troubles anatomiques des voies conductrices des psychoréflexes. D'après ces faits, l'auteur admet que les couches optiques ont une certaine participation dans la vie psychique de l'homme.

SERGE SOUKHANOFF.

1600) **Recherches sur la Sclérose Tubéreuse**, par CH. DE MONTET (asile de Münsterlingen). *L'Encéphale*, an III, n° 2, p. 97-109, février 1908.

Étude d'histologie portant sur un cas particulièrement favorable et qui a pour but de préciser certains détails de la sclérose tubéreuse.

Le cerveau qui a fourni les coupes est celui d'un idiot épileptique âgé de 12 ans. Le processus morbide s'étend à tout le cortex. La prolifération de la névroglie aboutit à la disparition presque complète des cellules nerveuses ganglionnaires.

Cette prolifération concerne tant les fibres que les noyaux de la névroglie et les cellules névrogliales atypiques sont partout les mêmes, dans le cortex, dans la substance blanche, dans l'épendyme et dans le cervelet. Toutes les formes de transition existent entre elles et les cellules ganglionnaires bien caractérisées. A certains endroits les cellules atypiques forment de vraies tumeurs.

Ces données viennent à l'appui de la théorie admettant une altération des neuroblastes comme cause première de la sclérose tubéreuse. Leur parenté avec les cellules atypiques n'est pas douteuse. La coïncidence fréquente des tumeurs dans d'autres organes (rhabdomyomes et hypernéphromes) parle également en faveur de cette conception. Là aussi il s'agit d'éléments embryonnaires égarés ayant pris souvent un développement atypique.

E. FEINDEL.

CERVELET

- 1601) **Essai de Classification des Maladies du Cervelet avec une note sur l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie**, par GORDON HOLMES. *Brain*, part CXX, p. 545-567, janvier 1908.

La classification proposée est la suivante :

- 1° Dégénération parenchymateuse primaire du cervelet ;
- 2° Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse ;
- 3° Maladie progressive du cervelet due à des lésions vasculaires ou interstitielles :
- 4° Lésions aiguës du cervelet ;
- 5° Dégénération des tractus spino-cérébelleux, le cervelet étant normal ou simplement petit ;
- 6° Petitesse congénitale du système nerveux central associée à des symptômes cérébelleux.

L'auteur ne conserve pas l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie.

THOMA.

- 1602) **Une forme de Dégénération Familiale du Cervelet**, par GORDON HOLMES (de Londres). *Brain*, part CXX, p. 466-489, janvier 1908.

Travail considérable basé sur quatre observations présentant une symptomatologie identique ; on peut penser que l'étude anatomique et histologique faite pour un sujet peut être rapportée également aux trois autres.

Chez la sœur comme chez les 3 frères, le début s'est fait entre 33 et 40 ans et la maladie a lentement mais toujours progressé. Le symptôme prédominant était la démarche ébrieuse ; l'incertitude des mouvements des membres supérieurs venait ensuite. La parole était hésitante et explosive ; il existait du tremblement de la tête et des membres, et des secousses nystagmiformes dans les mouvements des yeux.

Il n'y avait pas de troubles sensoriels ni sensitifs ni de paralysie motrice ; les réflexes étaient intacts ou légèrement exagérés, mais sans clonus. Pas d'affaiblissement intellectuel.

Au point de vue anatomique on constate une dégénération primaire et progressive des éléments nerveux de l'écorce du cervelet ; les cellules de Purkinje ont disparu sur la plus grande étendue de l'organe.

Il s'agit en somme d'une lésion systématique de l'écorce cérébelleuse correspondant à la suppression des incitations afférentes, le système efférent étant demeuré intact.

THOMA.

- 1603) **Des Tumeurs Cérébelleuses dans l'Enfance**, par GEPTNER. *Gazette (russe) médicale*, n° 41, 1908.

Cas de sarcome du cervelet chez une fillette de 6 ans, intéressant parce qu'il s'agit d'un fait nouveau, et parce que la tumeur, d'une grande dimension, avait occupé tout le cervelet, sans se propager aux parties avoisinantes du cerveau.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1604) **Deux cas de Tumeur Cérébelleuse**, par RAIMIST. *Gazette (russe) médicale*, n° 41, 1908. *Soc. des médecins d'Odessa*.

Deux cas de tumeurs du cervelet chez des malades de 25 et de 40 ans ; le diagnostic fut confirmé à l'autopsie.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1605) **Tumeur du Cervelet avec Ptosis bilatéral**, par PORTER PARKINSON et G. S. HOSFORD. *Royal Society of Medicine, Clinical Section*, 13 mars 1908. *British Medical Journal*, p. 686, 21 mars 1908.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans qui souffrait de céphalée accompagnée de vomissements et qui se rendit à l'hôpital à cause de sa vue qui s'affaiblissait.

Elle présentait un ptosis double, de la paralysie du droit externe du côté droit, un léger nystagmus horizontal, de la dilatation des pupilles et des lésions du fond de l'œil.

Cette jeune fille eut plus tard des attaques épileptiformes, elle devint apathique et elle mourut subitement 3 mois et demi après être entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva les ventricules cérébraux dilatés et une tumeur irrégulière grosse comme un œuf de pigeon fixée sur la pie-mère derrière le lobe droit du cervelet.

THOMA.

PROTUBÉRANCE et BULBE

- 1606) **Polioencéphalite supérieure; ses causes, sa marche et sa terminaison, avec relation de 6 cas**, par WARD A. HOLDEN et JOSEPH COLLINS (de New-York). *The Journal of the American Medical Association*, vol. I, n° 7, p. 514, 15 février 1908.

Les auteurs font l'étude anatomique de la région dont les altérations conditionnent la polioencéphalite supérieure.

Leurs cas cliniques leur servent à établir les principales variétés que l'on observe dans la marche de cette affection.

THOMA.

- 1607) **Paralysie Bulbaire aiguë avec symptomatologie exceptionnelle**, par ALFRED GORDON (de Philadelphie). *Medical Record*, n° 1947, p. 349, 29 février 1908.

Il s'agit d'une femme de 40 ans ayant déjà eu un ictus, et mal guérie de son aphasie et de sa paralysie faciale droite.

Six mois plus tard elle eut un second ictus, cette fois sans perte de la conscience. La langue fut soudainement projetée en avant et un spasme des mâchoires retint la langue entre les dents; le visage était tiré du côté gauche.

Pendant 24 heures les mâchoires ne purent être desserrées et la langue fut assez sérieusement blessée. A l'examen de la malade 24 heures après l'ictus on constatait la difficulté d'avaler, l'impossibilité de mouvoir la langue, l'impossibilité de mastiquer des aliments; il y avait aussi de la difficulté de la respiration, une perte absolue de la parole, et de l'aphonie. Cet état s'améliora quelque peu.

Deux mois après l'ictus la malade ne peut émettre que des sons monotones et identiques; elle ne peut prononcer ni un seul mot ni une seule syllabe. Son visage est dévié à gauche; quand on la prie de montrer ses dents on constate seulement un petit mouvement musculaire qui creuse un peu le sillon nasolabial gauche; et c'est tout. Lorsqu'on la prie de porter ses lèvres en avant, la face est tirée du côté gauche. La langue est mince, molle, elle présente du tremblement fibrillaire; les mouvements en sont très limités et on y observe la réaction de dégénérescence. Il y a encore de la difficulté à avaler et à mastiquer; la salivation est continuelle; siffler et souffler sont des choses impossi-

bles. Les lèvres sont amincies, les muscles du côté droit du visage représentent une réaction de dégénérescence partielle.

Pas de paralysie des membres, marche presque normale, exagération des réflexes, mais pas de Babinski. L'intelligence est entièrement conservée.

L'auteur fait la discussion de son diagnostic.

THOMA.

4608) **Goitre exophtalmique combiné à la Myasthénie grave**, par GEORGES E. RENNIE (de Sydney). *Review of Neurology and Psychiatry*, vol. VI, n° 4, p. 229-233, avril 1908.

L'observation concerne un homme de 27 ans chez qui le début s'est fait il y a deux ans par des symptômes rappelant ceux du tabes; l'exophtalmie, la tachycardie et l'augmentation de volume du corps thyroïde furent constatés peu de temps après. Le malade s'aperçut, il y a à peu près un an, d'une faiblesse croissante.

Actuellement les symptômes de la myasthénie sont bien nets : ptosis et paralysie oculaire de degré variable, sourire nasal, épuisement rapide des muscles de la mastication et de ceux des membres, épuisement des réflexes profonds et réaction myasthénique.

Le malade présente en outre une glycosurie intermittente, symptôme que l'on peut trouver associé à l'une ou à l'autre des deux maladies.

Il est à remarquer que la combinaison du goitre exophtalmique et de la myasthénie grave est chose rare; on ne connaît guère de cette association que le cas de Meyerstein, deux cas de Læser et un cas de Brissaud et Bauer.

THOMA.

ORGANES DES SENS

4609) **Paralysie de la VI^e paire après Rachicocainisation**, par SCHEPENS. *Anvers médical*, n° 2, 1908.

Femme de 52 ans, devant subir une petite opération au rectum, reçoit en injection intrarachidienne trois centigrammes de cocaïne sous volume de un centimètre cube et demi.

Quelques heures après, symptômes bulbaires, qui se sont lentement dissipés, en même temps que parésie généralisée, persistant encore cinq semaines après. Une paralysie du nerf VI D. existe nettement en ce moment, provoquant des troubles visuels très pénibles (diplopie, vertiges...). Cette paralysie persistait encore neuf semaines après l'injection de cocaïne. D'autre part, cœur faible et rapide, moral très déprimé, insomnie.

L'auteur relate d'autres cas similaires — ce qui doit nécessairement engager à une certaine prudence dans l'emploi de la méthode — surtout que certains cas demeurèrent invariés même après six mois.

PAUL MASOIN.

4610) **L'Amaurose Saturnine, trouble fonctionnel ou lésion organique**, par E. MOSNY et P. HARVIER. *Tribune Médicale*, p. 404, 22 février 1908.

La cause la plus fréquente de l'amaurose saturnine paraît être la méningo-encéphalite saturnine capable de déterminer, avec l'hydrocéphalie qui l'accompagne, des lésions du chiasma ou de la portion intracrânienne du nerf optique, suivies d'amaurose sans lésions visibles à l'ophtalmoscope et avec intégrité du réflexe pupillaire.

FEINDEL.

- 1611) **L'Amaurose Saturnine, Trouble fonctionnel ou Lésion organique**, par E. MOSNY et P. HARVIER. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop. de Paris*, n° 7, p. 268-278, 27 février 1908.

L'amaurose saturnine semble pouvoir reconnaître diverses origines. Elle peut être sous la dépendance de l'hypertension artérielle, elle peut être la conséquence d'une rétinite albuminurique. La cause la plus fréquente paraît être l'existence d'une méningo-encéphalite capable de déterminer, avec l'hydrocéphalie qui l'accompagne, des lésions du chiasma ou de la portion intracrânienne du nerf optique, suivies d'amaurose sans lésions visibles à l'ophtalmoscope avec intégrité du réflexe pupillaire. Il ne faut admettre l'hystérie qu'avec circonspection et les auteurs reviennent sur le diagnostif primitif porté à propos de ce même malade.

Discussion. — MORAX pense qu'en raison du rétrécissement hémianopique et de la conservation des réflexes lumineux constatés chez le malade, il s'agit de lésions des deux centres occipitaux. Le rôle du saturnisme agissant directement sur les centres nerveux lui apparaît discutable.

PAUL SAINTON.

- 1612) **De l'influence des Trépanations sur la Papille étranglée dans les Tumeurs cérébrales**, par BARADOULINE. *Médecin russe*, n° 47, p. 1628-1631, 1907.

Dans les cas de tumeurs du cerveau, où la tumeur ne peut pas être enlevée on peut pour diminuer la pression intracrânienne et, par conséquent, pour atténuer l'étranglement de la papille, faire la trépanation avec dissection de la dure-mère. L'opération doit être faite, aussitôt que possible, avant l'apparition de grandes modifications atrophiques dans le nerf optique. Dans tous les cas on a observé, après la trépanation, une amélioration de la vue; cette amélioration dépend de différentes causes (la localisation de la tumeur, la rapidité de sa croissance, etc.).

SERGE SOUKHANOFF.

- 1613) **Un cas de Paralysie des Muscles oculaires d'origine traumatique**, par VASSUTINSKY. *Moniteur (russe) d'ophtalmologie*, novembre-décembre 1907.

Artilleur, atteint de lésion traumatique du *nerf rectus supérieur* et du *muscle abl. supérieur*.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1614) **Neurasthénie oculaire**, par SCHMIDT. *Suppléments médicaux au recueil maritime*, p. 260, octobre 1907 (en russe).

Matelot, présentant des phénomènes de *neurasthenia ocularis*; fatigue rapide des muscles externes et internes de l'œil.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1615) **De la Kératite neuroparalytique**, par ZÉLENKOVSKY. *Médecin russe*, n° 39, p. 1340-1347.

La *Keratitis* neuroparalytique débuta, chez le malade en question, à l'âge de 49 ans, sur un œil aveugle; elle nécessita l'extirpation de l'œil et était accompagnée d'une ophtalmoplégie complète avec ptosis total.

SERGE SOUKHANOFF.

MOELLE

- 1616) **Paralysie ascendante aiguë (paralysie de Landry?)**, par E. D. BLACK (Las Vegas, N. M.). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 43, p. 4191, 11 avril 1908.

Ce cas de paralysie de Landry est remarquable par l'âge du malade (8 ans), par l'absence de prodromes, par son évolution rapide (36 heures).

THOMA.

- 1617) **Sur un cas de Paralysie Spinale aiguë de l'adulte avec Amyotrophies consécutives**, par CORSY. *Marseille médical*, p. 47, 15 janvier 1908.

Observation d'un homme de 55 ans qui, il y a trois ans, après quelques jours de fièvre et de fortes douleurs, avait vu s'établir dans ses membres supérieurs des paralysies bientôt suivies d'amyotrophie.

Après avoir décrit l'état actuel, l'auteur discute le diagnostic; il établit que l'amyotrophie a été consécutive à une paralysie spinale aiguë de l'adulte, à une poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte de Raymond.

Tout, en effet, concorde à démontrer le bien fondé de cette opinion: l'histoire du début de la maladie, l'évolution de la paralysie, l'établissement de l'amyotrophie, son caractère de diffusion et la permanence des lésions qui depuis près de trois ans n'ont montré aucune amélioration, ni subi la moindre aggravation.

FEINDEL.

- 1618) **De la Poliomyélite Syphilitique aiguë**, par PRÉOBRAJENSKY. *Revue (russe) de médecine*, n° 9, 1908.

La poliomyélite syphilitique aiguë existe sans aucun doute. Par son tableau clinique, cette affection rappelle le tableau de la poliomyélite ordinaire. Le tableau anatomo-pathologique est celui de la syphilis spinale avec quelques modifications, phénomènes inflammatoires et phénomènes de ramollissement; il ne faut pas admettre, en outre, la destruction parenchymateuse primaire des cellules nerveuses car il est suffisant déjà, pour l'explication des troubles, du processus interstitiel. La poliomyélite aiguë (et la poliomyélite syphilitique) est en rapport avec l'altération des vaisseaux spinaux de toutes espèces (artères centrales et périphériques).

SERGE SOUKHANOFF.

- 1619) **Dégénération combinée subaiguë de la Moelle avec 17 observations**, par JULIUS GRINKER (de Chicago). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 14, p. 4009-4115, 4 avril 1908.

L'auteur envisage à un point de vue général une affection ayant pour substratum la dégénération combinée subaiguë de la moelle liée à un état d'intoxication et d'anémie.

Dans les 17 cas relatés par l'auteur on trouve 14 hommes contre 3 femmes seulement. Presque dans tous les cas la maladie a commencé après la quarantième année et ce n'est que dans un cas qu'on trouve une histoire antérieure de syphilis.

Dans presque toutes les observations le début s'est fait par des troubles subjectifs de la sensibilité, suivis à bref délai d'incoordination et de faiblesse motrice. Dans plusieurs cas des troubles gastro-intestinaux et particulièrement la diarrhée ont persisté pendant tout le cours de l'affection.

En ce qui concerne les relations avec l'anémie, dans 4 cas la maladie a commencé comme une anémie pernicieuse typique tandis que dans les autres cas il n'y avait que peu d'anémie ou bien celle-ci, quoique du type pernicieux, ne fut pas un symptôme précoce. Au moment du premier examen presque tous les sujets accusaient un malaise durant déjà depuis longtemps ou bien un état neurasthénique.

Dans les cas où l'examen anatomique fut pratiqué on trouva une dégénération d'intensité assez variable mais englobant toujours les cordons postérieurs et les faisceaux pyramidaux, alors que la substance grise de la moelle ne présentait pas d'altération importante.

THOMA.

1620) **Un cas de Kyste dans le canal Rachidien**, par WILLIAM C. KRAUSS (de Buffalo). *Brain*, part CXX, p. 533-544, janvier 1908.

Kyste hydatique qui s'était creusé une loge dans les vertèbres et qui comprimait la moelle (paralysie et anesthésie remontant jusqu'à l'ombilic); opération, guérison incomplète; 14 cas similaires ont été jusqu'ici rapportés avec 7 guérisons et 4 morts.

THOMA.

1621) **Anévrisme de la Moelle Cervicale**, par FERDINANDO SOPRANA (de Sassari). *La Riforma medica*, an XXIV, n° 2, p. 37, 13 janvier 1908.

Étude histologique d'une moelle provenant d'un malade mort 3 jours après avoir été ramassé dans la rue, mais qui ne présentait certainement ni paralysie ni contracture.

À la coupe de la région cervicale de la moelle on trouve à environ un millimètre au-dessous de la terminaison de l'entrecroisement des pyramides, une petite dilatation de la lumière d'un vaisseau du cordon latéral droit. Plus bas la lésion s'agrandissait et les parois vasculaires s'épaississent en se doublant d'un tissu fibreux compact.

Au niveau où la lésion atteint sa plus grande dimension, le diamètre de l'anévrisme mesure 5 millimètres; il occupe la plus grande partie du faisceau latéral; plus bas encore la dilatation se sépare en plusieurs branches, puis elle disparaît.

Le fait que le sujet ne présentait aucun symptôme pouvant être rapporté à la lésion démontre que l'anévrisme s'était établi avec une grande lenteur.

F. DELENI.

1622) **Apoplexie Spinale par refroidissement**, par F. BAMBACE. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an XXVIII, n° 456, p. 1646, 29 décembre 1907.

Il s'agit d'une quadriplégie survenue brusquement après un refroidissement chez un homme d'âge moyen, la connaissance étant demeurée dans un état d'intégrité parfaite. Les membres supérieurs furent d'abord pris, les membres inférieurs le furent quelques heures ensuite; en trois jours la maladie eut terminé son évolution fatale.

F. DELENI.

1623) **L'Hémorragie spontanée de la Moelle Épinière (Hématomyélie)** (Die spontane Rückenmarksblutung [Haematomyelie]), par CARL DOERR. *Deut. Zeitschr. f. Nervenhe.*, t. XXXII, p. 1-97 (1 table), 1907.

Travail fait à la clinique du professeur Eichhorst à Zurich. Étude complète de l'hématomyélie au point de vue de la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie et la thérapeutique. C'est à propos d'un cas personnel suivi

d'autopsie et de 3 cas observés par M. Eichhorst, que l'auteur résume et analyse les notions acquises sur la pathologie de l'hématomyélie. Le travail ne se prête pas à une brève analyse.

M. M.

1624) **Un cas de Fracture du Rachis**, par DAVIDENKOFF. *Assemblée scientifique des médecins de l'Asile de Kharkow*, séance du 3 novembre 1907.

Fracture de la colonne vertébrale dans la région des vertèbres dorsales XI et XII et de la vertèbre lombaire I; destruction du segment lombaire I et au-dessous avec symptômes correspondants.

SERGE SOUKHANOFF.

1625) **Lésions traumatiques de la Moelle**, par ALFRED REGINALD ALLEN. *University of Penna Medical Bulletin*, vol. XXI, n° 2, p. 34-48, avril 1908.

L'auteur envisage les lésions médullaires consécutives aux violences extérieures telles que des coups de feu, des fractures et des luxations du rachis, et aussi les contusions de la moelle.

Il donne 9 observations personnelles suivies d'études histologiques détaillées (12 figures).

Considérations sur les indications opératoires dans les grands traumatismes vertébraux.

THOMA.

1626) **Un cas de destruction complète de la Moelle Cervicale par fracture des corps des V^e et VI^e vertèbres**, par ROCHA VAZ. *Archivos brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins*, an III, n° 1, p. 98-100, janvier-mars 1907.

Il s'agit d'un ouvrier qui reçut sur la nuque pendant son travail un objet pesant tombé d'une hauteur de 4 mètres; paralysie flasque des quatre membres et anesthésie de presque tout le corps, difficulté de la déglutition, dyspnée, paralysie intestinale, perte des réflexes, etc. Mort au troisième jour.

F. DELENI.

1627) **Blessures de la Moelle avec étude de 9 cas avec autopsie**, par ALFRED REGINALD ALLEN (de Philadelphie). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 12, p. 941-952, 21 mars 1908.

Étude d'ensemble très importante portant sur des cas où la blessure de la moelle fut transverse totale ou presque.

L'auteur étudie la symptomatologie de ces lésions et l'état histologique de la moelle dans les régions voisines de la blessure.

Il discute longuement l'opportunité des interventions opératoires dans les cas de ce genre.

THOMA.

1628) **Le syndrome de la lésion transverse de la Moelle et ses relations avec les altérations anatomiques**, par ALFRED REGINALD ALLEN. *American Journal of the medical Sciences*, n° 434, p. 735-739, mai 1908.

L'auteur cite un fait curieux de paraplégie complète datant de deux mois, avec rétractions tendineuses et anesthésie, dans lequel la compression par un néoplasme rachidien n'avait pas déterminé de dégénération dans la moelle.

Lorsqu'il y a une perte absolue des fonctions médullaires il n'y a donc pas fatalement lésion anatomique transverse.

La connaissance de tels faits doit encourager le chirurgien aux interventions précoces dans les cas traumatiques.

THOMA.

- 1629) **Lésions de la Queue de Cheval sans troubles sensitifs**, par LUZZATTO. *Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara*, 20 février 1908.

Relation de deux cas cliniquement superposables (pas d'anesthésie), mais d'origine différente, l'un étant consécutif à un traumatisme, l'autre dépendant de lésions syphilitiques (syphilis héréditaire tardive). F. DELENI.

MÉNINGES

- 1630) **Méningite Cérébro-spinale épidémique à Hartford (Connecticut) pendant la période 1904-1905**, par WALTER R. STEINER et CLARENCE B. INGRAHAM (de Baltimore). *American Journal of the Medical Sciences*, n° 432, p. 351-365, mars 1908.

Ce travail est basé sur l'étude de 145 cas soignés à l'hôpital d'Hartford; les auteurs précisent quelques points de la pathologie de cette redoutable affection; au point de vue thérapeutique aucune médication bien efficace ne semble se détacher de leurs recherches. THOMA.

- 1631) **De la Méningite Cérébro-spinale**, par KASTANAÏANE. *Comptes rendus de la Soc. médicale de Rostov-sur-Don et de Nakhitchévane*, p. 247, 1907.

Historique sommaire, symptomatologie et étiologie d'une méningite cérébro-spinale. Description de quatre cas; dans deux cas le *méningocoque* était en cause; dans un cas compliqué de pneumonie, c'était le *pneumocoque*.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1632) **Sérothérapie de la Méningite Cérébro-spinale**, par CHARLES HUNTER DUNN (de Boston). *Boston Medical and Surgical Journal*, vol. CLVIII, n° 12, p. 370, 19 mars 1908.

L'auteur a traité, depuis novembre dernier, 15 cas de méningite cérébro-spinale épidémique par l'anti-sérum de Flexner. De ces cas, 8 ont complètement guéri et 2 malades sont morts; 5 malades restent en traitement, 4 de ces derniers pouvant être considérés comme entrant en convalescence.

Les résultats paraissent donc excellents; les cas sont favorables surtout lorsqu'ils sont pris dès leur début et l'on voit alors dès la première ou les premières injections l'état général devenir favorable et la fièvre se terminer par chute brusque ou par lysis rapide.

Lorsque la maladie dure déjà depuis un certain temps, plus d'une semaine par exemple, l'action du traitement paraît douteuse. THOMA.

- 1633) **Sérothérapie de la Méningite Cérébro-spinale**, par FLEXNER. *Suffolk District Medical Society Meeting*, 19 février 1908. *Boston Medical and Surgical Journal*, 19 mars 1908.

L'auteur expose sa statistique qui porte sur 130 cas; parmi ceux-ci 95, c'est-à-dire 73 pour cent, ont guéri.

Après l'emploi du sérum dans la méningite cérébro-spinale, la défervescence se fait par crise dans près de la moitié des cas alors que la guérison spontanée se fait généralement par lysis; il faut remarquer aussi que lorsque la sérothérapie est entreprise de bonne heure la maladie est beaucoup plus courte. Un

fait intéressant est la disparition très rapide du trouble du liquide céphalo-rachidien, et la réduction du nombre des éléments cellulaires et microbiens dans ce liquide.

THOMA.

1634) **Un cas de Méningite Cérébro-spinale streptococcique, apparemment guéri par des injections sous-durémériennes de sérum antistreptococcique**, par GEORGE L. PEABODY (de New-York). *Medical Record*, n° 1949, p. 423, 14 mars 1908.

Il s'agit d'un homme de 37 ans chez qui le diagnostic de méningite cérébro-spinale fut confirmé par la ponction lombaire qui donna un liquide trouble, sous pression, albumineux, riche en leucocytes polynucléaires, et dans lequel existaient des streptocoques.

On fit chaque jour à ce malade des injections sous-durémériennes de sérum antistreptococcique.

Après la deuxième injection le liquide cérébro-spinal fut trouvé stérile, et dès lors il se maintint tel.

Après la sixième injection, par conséquent au bout de 6 jours le malade était grandement amélioré.

THOMA.

1635) **Méningite Cérébro-spinale à Pneumocoques du nouveau-né**, par GUINON et VIEILLARD. *Soc. de Pédiatrie*, 17 mars 1908.

Le tétanos des nouveau-nés est assez rare, et on classe souvent sous ce diagnostic des affections différentes (tétanie, méningite cérébro-spinale).

Les autres donnent l'observation d'un enfant qui présentait une contraction généralisée avec cyanose et hypothermie.

A l'autopsie, congestion cérébro-spinale et pus le long de la grande scissure. Dans ce pus on trouva du pneumocoque. La porte d'entrée fut peut-être une conjonctivite purulente que présentait ce nouveau-né.

E. F.

1636) **Cancer latent de l'estomac, hypopion, Méningite purulente chez un aliéné**, par LORTHIOIS. *Soc. de Médecine du département du Nord*, 22 novembre 1907. *Écho Médical du Nord*, p. 574, 4^e décembre 1907.

Le cancer, trouvaille d'autopsie, a pu être la porte d'entrée des agents qui déterminèrent chez le malade l'apparition, deux mois avant la mort, d'un hypopion sans kératite et sans ulcère, et tout récemment d'une méningite purulente qui l'emporta.

E. FREINDEL.

1637) **Contribution au diagnostic de la Méningite Syphilitique aiguë**, par P. DI PORTO. *Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, décembre 1907.

Etude du liquide céphalo-rachidien dans deux cas; c'était un liquide limpide, sous faible pression; la quantité d'albumine était augmentée, il existait une lymphocytose légère; au contraire de ce qui se passe pour la méningite tuberculeuse, il n'y avait absolument pas de réticulum fibrineux.

Ces particularités du liquide céphalo-rachidien jointes à l'absence de fièvre élevée chez les malades tendent à faire porter le diagnostic de méningite syphilitique.

Un des deux malades était plongé dans le coma; néanmoins il guérit aussi bien que l'autre, et rapidement par le traitement spécifique.

F. DELENI.

1638) **Méningite purulente à Streptocoques chez une Paralytique générale**, par H. DAMAYE et M. DESRUELLES. *Echo médical du Nord*, an XII, n° 48, p. 218, 3 mai 1908.

Il s'agit d'une paralytique générale que l'on dut aliter pour des troubles vagues; au bout de trois jours de lit la malade a des escarres fessières; puis l'hébétéude s'accroît, une dyspnée croissante apparaît et la mort survint 38 heures plus tard. A l'autopsie, méningite purulente streptococcique.

A remarquer la latence de cette méningite.

Quant à la paralysie générale elle avait débuté à 24 ans chez cette femme qui n'était probablement pas syphilitique; en outre, l'examen micrographique des lésions corticales autorise à classer ce cas dans le groupe des formes dégénératives décrit par Klippel.

E. FEINDEL.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

1639) **A propos de Réaction de Dégénérescence**, par BIENFAIT. *Journal de Neurologie de Bruxelles*, n° 3, 1908.

On sait les idées de De Buck (contra Joteyko) relatives à la signification hysto-physiologique de la réaction de dégénérescence.

Bienfait estime que cette réaction ne traduit que l'état du nerf; pour Mlle Joteyko, la formule de la réaction électrique dépend au contraire de l'aspect morphologique de la fibre musculaire.

Bienfait discute ces opinions d'une façon aussi subtile qu'élégante, et montre qu'entre ces deux opinions n'existe pas la contradiction qu'on pourrait y voir: « De Buck a théoriquement tort, mais cliniquement il a raison », car en clinique les choses ne se passent pas de la façon schématique qu'on peut réaliser dans les expériences de laboratoire: « Quand le nerf dégénère, tout le muscle dégénère aussi ».

Dans les amyotrophies progressives, il y a toujours des fibres normales à côté des fibres dégénérées, — non d'une façon aiguë — mais d'une façon tout à fait chronique: c'est pourquoi on n'observe pas la réaction de dégénérescence, la contraction des fibres saines l'emportant de beaucoup sur celle des autres.

Bienfait examine encore quelques points litigieux secondaires relatifs à cette même question.

PAUL MASOIN.

1640) **Du traitement de la lésion des Nerfs Périphériques et de la suture secondaire des Nerfs**, par DERJINSKY. *VII^e Congrès des chirurgiens russes*, Moscou, 1907.

Lors de lésion des nerfs périphériques, même dans les cas non récents, avant de recourir à l'opération, il faut essayer tous les moyens de traitement. L'auteur a pu obtenir dans six cas une amélioration marquée en appliquant le traitement par le massage, l'électrisation, la lumière bleue et les bains.

SERGE SOUKHANOFF.

1641) **Réparation des Nerfs après leur lésion d'après les données de la clinique et de l'expérience**, par WEDENSKY. *VII^e Congrès des chirurgiens russes*, Moscou, 1907.

Les nerfs périphériques des jeunes mammifères, privés du rapport avec le

centre trophique, ne restent pas pour *toujours* dégénérés; pour la plupart ils se régénèrent d'eux-mêmes jusqu'à la conductibilité physiologique. Cette conductibilité devient évidente, si les bouts des nerfs se rejoignent. Le retour rapide de la sensibilité après la suture primaire permet de supposer la *conservation* d'un certain genre de sensibilité (profonde et protopathique), qui n'avait pas disparu avant l'opération, mais qui n'était pas observé ou qui était mal observé. La suture est toujours indispensable, car les hasards peuvent empêcher la coaptation régulière et la réparation des bouts du nerf lésé, bien qu'il y ait aussi des cas de réparation sans suture. L'examen de la sensibilité, après l'opération, est important pour contrôler si la suture a réussi ou non. L'anesthésie, 6 à 7 mois après la suture primaire et 1 et 2 mois après la suture secondaire, indique qu'il y a lieu de faire une nouvelle intervention chirurgicale.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1642) **Suture nerveuse à distance; relation d'un succès**, par ALFRED S. TAYLOR (de New-York). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 13, p. 1029, 28 mars 1908.

Ce cas concerne une petite fille très améliorée d'une paralysie totale du membre supérieur gauche par des sutures à distance avec tubulisation.

THOMA.

- 1643) **Traitement opératoire de certaines conséquences des lésions par armes à feu des Troncs Nerveux des Extrémités**, par OPPEL. *VII^e Congrès des chirurgiens russes*, Moscou, 1907.

L'altération d'un tronc nerveux par une arme peut être diagnostiquée facilement et doit être traitée par la suture du nerf. La lésion partielle des troncs nerveux peut ne pas être toujours et vite diagnostiquée; et une fois cette lésion diagnostiquée, elle peut être traitée parfois sans opération.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1644) **Paralysie Diphtérique Généralisée Progressive traitée par des Injections répétées de Sérum Antidiphtérique (540 cent. cubes). Guérison. Absence d'Anaphylaxie**, par J. A. SICARD et BARBÉ. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, p. 36, 19 décembre 1907.

Comby a montré les heureux résultats de la sérothérapie antidiphtérique dans les paralysies diphtériques; les auteurs insistent sur la nécessité d'employer des doses massives; la dose totale a été de 540 c. c., sans qu'il y ait aucune réaction sérieuse ou autre. Marfan et Le Play ont établi un rapport entre l'apparition des accidents sérothérapiques et le pouvoir précipitant. Dans cette observation, où le sérum du malade présentait une réaction de précipitine très nette, il n'y eut aucune irruption ousanée, il semble donc qu'il y ait eu dépendance des deux phénomènes.

PAUL SAINTON.

- 1645) **Diplégie Faciale**, par N. POPOFF. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 2, p. 200-226, 1907.

Tuberculeux atteint de polynévrite avec prédominance sur les nerfs faciaux.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1646) **Deux cas de Paralysie Radiale produite au cours du travail de l'Accouchement**, par TISSIER. *Soc. d'Obstétrique de Paris*, 16 avril 1908.

Paralysie radiale par compression chez deux primipares.

Dans les deux cas, la période d'expulsion avait été particulièrement longue et les parturientes s'étaient cramponnées avec rage aux barreaux du lit. Poirier ayant rapporté des cas de paralysie par contracture musculaire, ces faits n'ont rien d'inadmissible. La paralysie des extenseurs est complète, mais les troubles de la sensibilité sont à peine marqués. E. F.

1647) Paralysie unilatérale de l'Hypoglosse chez un Nouveau-né, par DEVÉ. *Soc. d'Obstétrique de Paris*, 16 avril 1908.

Enfant en OI DP. Le travail étant lent, on termina par le forceps Tarnier, en prise oblique.

Quelques heures après la naissance, on remarqua que la moitié droite de la langue était immobile, tandis que la moitié gauche était animée de mouvements fibrillaires; la pointe de la langue était déviée à gauche, rendant la succion impossible chez cet enfant de cinq jours.

Cette paralysie est d'ailleurs en voie d'amélioration rapide. E. F.

1648) Méralgie Paresthésique dans la région du Nerf cutaneus medius, par LAZAREFF. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*.

La *meralgia paraesthetica anterior* est rarement décrite dans la littérature; l'auteur cite un cas personnel, où cette névralgie existait pure.

SERGE SOUKHANOFF.

1649) De la Névralgie Faciale, par VIRSCHUBSKY. *Le Médecin praticien*, n° 51, 1907 (en russe).

Beaucoup de méthodes de traitement ne garantissent pas des récidives des accès morbides; l'auteur pense que les méthodes d'anesthésie d'infiltration et les méthodes chirurgicales sur les branches périphériques méritent l'attention.

SERGE SOUKHANOFF.

1650) Malade opérée de Névralgie rebelle du Trijumeau par arrachement des gros troncs du nerf à la base du crâne, par BROECKAERT (de Gand). *Congrès annuel de la Soc. belge d'otol., de laryng. et de rhin.*, séance du 9 juin 1907.

Malade, âgée de 53 ans, chez qui tous les moyens médicaux avaient échoué. Guérison par arrachement des deuxième puis troisième branches. Broeckeaert insiste sur ce point que les résultats obtenus par l'arrachement sont généralement excellents, et cependant la plupart des chirurgiens regardent l'extirpation du ganglion de Gasser comme la seule façon rationnelle de traiter les névralgies rebelles.

BENJAMIN BORD.

1651) La Pellagre en Algérie, par J. BRAULT. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXI, n° 44, 14 avril 1908.

La maladie frappe des miséreux d'âge déjà mûr; l'affection évolue souvent d'une façon fatale, en une seule année; c'est au printemps surtout que les sujets sont atteints, mais ils ne se font hospitaliser que lorsque les lésions cutanées, les troubles digestifs et le délire battent déjà leur plein.

L'auteur ne croit pas que le maïs joue un rôle prépondérant; la pellagre, qui a bien plus les allures d'une maladie parasitaire ou d'une auto-intoxication que

d'une intoxication alimentaire, est une maladie de misère qu'il n'est pas étonnant de rencontrer chez les faméliques indigènes et les misérables immigrés du sud européen.

E. FEINDEL.

(652) **Sur les propriétés toxiques des cultures de l'« Oospora verticillioïdes » sur le maïs stérilisé**, par C. VON DECKENBACH (de Saint-Petersbourg). *Archivio di Psichiatria, Neuropathol., Antrop. cr. e Med. leg.*, vol. XXVIII, fasc. 6, p. 749, 1907.

Ces cultures déterminent des convulsions et des paralysies; le champignon jouerait un rôle considérable dans l'étiologie de la pellagre.

F. DELENI.

DYSTROPHIES

(653) **Le traitement des Lésions nerveuses Trophiques. Étude basée sur un cas de mal perforant, sur un cas de Paralysie ischémique, et sur un cas d'Erythromélgie**, par WILLIAM C. QUINBY (de Boston). *Boston Medical and Surgical Journal*, vol. CLVIII, n° 9, p. 281, 27 février 1908.

Le mal perforant, chez un nègre tabétique de 33 ans, fut traité par l'élongation nerveuse, mais le résultat ne se maintint pas.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une anesthésie avec refroidissement du bord cubital de la main, consécutifs à une fracture du coude chez un jeune garçon. L'écrasement du nerf mis à nu apporta une amélioration considérable à cet état.

Le cas d'érythromélgie fut traité par la section de quelques nerfs superficiels de l'extrémité inférieure, cela sans aucun résultat.

L'auteur considère les cas précédents et leurs similaires au point de vue des indications thérapeutiques; elles concernent la modification de l'irrigation sanguine et celle de la fonction nerveuse. On peut produire la première en provoquant soit l'hyperémie passive soit au contraire l'anémie locale. Pour modifier la fonction nerveuse on a l'élongation, l'écrasement, la dissociation du nerf et l'électricité. Mais dans beaucoup de cas la simple hyperémie passive fournit le résultat désiré sans qu'on ait besoin de recourir à une opération sur les nerfs, très probablement l'élongation nerveuse est destinée à être remplacée par l'hyperémie passive.

THOMA.

(654) **Hémiatrophie Faciale progressive avec symptômes dans la sphère des Nerfs Optiques**, par SIEGFRIED SALOMON. *Neurol. Cbtt.*, n° 18, p. 846-848 (1 fig.), 16 septembre 1907.

Il s'agit d'un cas typique de la maladie de Romberg chez une fillette de 9 ans. Mais il existe du côté droit, qui est le côté sain, une paralysie de l'oculo-moteur externe. A gauche, l'acuité visuelle est de 2/3; les verres ne la modifient pas. La pupille est de dimensions moyennes, sensiblement égale à la symétrique, mais elle est absolument immobile, à la lumière comme à la convergence. L'accommodation est également paralysée; et l'on relève en outre une paralysie des rameaux internes de l'oculo-moteur. A l'ophtalmoscope, pigmentation diffuse de la rétine gauche, surtout dans la région de la macula, ainsi que l'on est accoutumé de la constater dans la syphilis acquise ou congénitale. Pas de phénomènes congestifs ni de troubles de la sécrétion lacrymale témoins d'un trouble sympathique.

FRANÇOIS MOUTIER.

- 1655) **Contribution à la casuistique de l'Hypertrichose Faciale chez la femme**, par ALESSANDRO BENEDETTI. *Annali del Manicomio Provinciale di Perugia*, an I, fasc. 1-2, p. 41-46, janvier-juin 1907.

Les deux sujets (une mélancolique et une démente) sont normaux au point de vue des organes génitaux. La première de ces femmes commença à avoir de la barbe vers la trentième année, la seconde vers l'âge de la puberté.

F. DELENI.

- 1656) **Cedème foudroyant abdomino-pelvien simulant la rupture d'une Grossesse tubaire**, par WALLACE A. BRIGGS (Sacramento, Cal.). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 7, p. 528, 15 février 1908.

Cet œdème soudain, probablement d'origine angioneurotique, peut causer la mort.

THOMA.

- 1657) **Cedème cutané aigu d'origine Neurovasculaire**, par POUSSÈRE. *Monographies cliniques*, 23 p., Saint-Petersbourg, 1907 (en russe).

L'intoxication, l'auto-intoxication, la température jouent un grand rôle dans l'apparition des œdèmes. En ce qui concerne la pathogénie du cas étudié, il n'est pas possible d'être catégorique, mais il est probable que dans de tels cas, une excitabilité nerveuse vasculaire particulière permet à la moindre influence interne ou externe de provoquer une réaction, qui a l'aspect de l'œdème. La cause disparue, l'œdème disparaît aussi très vite; la diminution de l'excitabilité du système neuro-vasculaire s'obtient à l'aide des calmants (les bromures, la valériane). Ces données font présumer que la théorie réflexe de Kreibich a droit à l'existence, comme théorie expliquant le mieux la pathogénie de tous les cas de ce genre.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1658) **Adipose tubéreuse simple**, par JAMES M. ANDERS (de Philadelphie). *American Journal of the Medical Sciences*, n° 432, p. 325-333, mars 1908.

L'auteur décrit sous le nom d'adipose tubéreuse simple une forme d'obésité nettement caractérisée cliniquement; elle n'est pas accompagnée de symptômes nerveux et mentaux comme l'adipose douloureuse; elle est, au contraire de cette dernière, susceptible de guérison.

THOMA.

- 1659) **Adipose Douloureuse**, par JULIUS B. FRANKENHEIMER (de San Francisco). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 13, p. 1042, 28 mars 1908.

L'auteur donne une observation nouvelle d'adipose douloureuse; elle concerne une femme de 77 ans, fortement déprimée, et dont l'état mental fut notablement amélioré par la médication thyroïdienne.

A propos de ce cas l'auteur établit une comparaison entre l'adipose douloureuse et l'acromégalie; ce seraient deux dystrophies, l'une du tissu osseux et l'autre du tissu conjonctif adipeux; dans les deux cas il existerait une toxicité sous la dépendance de troubles glandulaires.

THOMA.

- 1660) **Diagnostic différentiel de la forme nerveuse de l'Ankylose Vertébrale**, par V. OSSIPOFF. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 2, p. 1-9, 1907.

La forme nerveuse d'ankylose vertébrale et la forme de Strumpell-Marie sont

deux affections tout à fait différentes; dans le premier cas, il s'agit d'un état atrophique-paralytique des muscles spinaux; dans le second, il s'agit d'une inflammation de la colonne vertébrale et des grandes articulations.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1661) **De l'anatomie pathologique de l'Ankylose Vertébrale**, par ZOUBOFF. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, n° 9, p. 537-552, 1907.

Dans ce cas d'ankylose vertébrale l'auteur a constaté de l'atrophie des cartilages et l'absence de modifications dans les ligaments et les articulations.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1662) **Diagnostic anatomique des Maladies Ankylosantes de la Colonne Vertébrale**, par ANDRÉ LÉRI (de Paris). *Review of Neurology and Psychiatry*, vol. VI, n° 2, p. 65-77, février 1908.

Travail important accompagné de photographies très démonstratives dans lequel l'auteur met en évidence les caractères anatomiques qui différencient la spondylose rhizomélisque des autres maladies ankylosantes du rachis.

THOMA.

- 1663) **Spondylose Blennorrhagique**, par CROUZON et DOURY. (Présentation de malade.) *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop. de Paris*, p. 1585-1586, séance du 27 décembre 1907.

Observation d'un malade, chez lequel l'évolution d'une spondylose blennorrhagique a coïncidé avec l'évolution d'une urétrite gonococcique ne se traduisant depuis un an que par une goutte matutinale.

PAUL SAINTON.

- 1664) **La réaction électrique au cours du Rachitisme**, par FRANCESCO PERUZZI. *VI^e Congresso pediatrico italiano*. Padoue, octobre 1907.

Les grandes oscillations de l'excitabilité que l'on rencontre chez les rachitiques dépendent surtout des oscillations de la quantité de chaux contenue dans le système nerveux.

F. DELENI.

- 1665) **Artériosclérose**, par GEORGES LINCOLN WALTON et WALTER EVERARD PAUL (de Boston). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 3, p. 169, 18 janvier 1908.

L'artériosclérose est la cause des attaques apoplectiformes, des vertiges, de la perte de la mémoire, de l'involution. Il n'est pas certain que l'artériosclérose précoce soit la cause de la neurasthénie ni même de certaines neurasthénies.

L'artériosclérose ne détermine pas la céphalée.

THOMA.

- 1666) **Un cas d'Angine de poitrine avec Aortite**, par F. PARKES WEBER. *Edinburg Medical Journal*, n° 636, p. 348, avril 1908.

Cas caractérisé cliniquement par la sévérité rapidement croissante des crises; le malade, âgé de 42 ans, mourut dans un état de mal angineux. L'auteur discute les rapports de l'aortite et de la coronarite avec l'angine de poitrine.

THOMA.

- 1667) **Accidents cardiaques au cours d'un Cancer Thyroïde basedowifé (réaction parathyroïdienne, hypophysaire et surrénale)**, par J. CLUNET. *Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, an I, n° 4, p. 232-243, avril 1908.

Les symptômes basedowiens ne sont pas rares dans les cas de cancer de la glande. L'observation de l'auteur est typique à ce point de vue; il y avait syndrome de Basedow manifeste malgré la transformation néoplasique à peu près totale du corps thyroïde.

Fait à noter, la malade était atteinte d'une lésion mitrale ancienne parfaitement compensée; le développement de la tumeur a, presque dès le début, provoqué des accidents cardiaques graves auxquels la lésion thyroïdienne imprimait sa marque.

Enfin l'autopsie a révélé en même temps que la lésion thyroïde une réaction intense des autres glandes de la sécrétion interne : parathyroïde, hypophyse, surrénales.

E. FEINDEL.

- 1668) **Vaso-spasme avec exitus léthal (Angine de poitrine vraie sans lésion coronaire)**, par GIOVANI GALLI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an XXIX, n° 14, p. 133, 2 février 1908.

Il s'agit d'une crise typique d'angine de poitrine chez un sujet de 50 ans, ancien alcoolique, mais abstinant depuis quelque temps. Cette crise fut la première et elle fut mortelle.

Le sujet se trouvait dans un état de bien-être relatif; il pouvait marcher 3 ou 4 heures par jour sans en être incommodé. Subitement, après avoir fait une partie d'échecs et bu un verre de bière (sans alcool), il fut pris d'une crise typique d'angine de poitrine avec vaso-spasme, pâleur, douleur caractéristique, pouls tendu et fréquent. Il mourut pendant l'examen du médecin, pendant la crise.

A l'examen nécroscopique on ne trouva absolument aucune altération des vaisseaux du cœur; ceci est en opposition avec la théorie de Huchard qui rapporte les cas de mort par angine de poitrine à une lésion anatomique des artères coronaires.

E. DELENI.

- 1669) **Nouvelles contributions à l'étude de la Dysbasia angio-sclerotica (claudication intermittente)** (Weitere Beiträge zur Dysbasia angio-sclerotica [Intermittierendes Hinken]), par H. IDELSOHN-RIGA. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, t. XXXII, p. 271-282, 1907.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 54 nouveaux cas de claudication intermittente. Il essaie d'en tirer quelques conclusions qui pourraient éclairer certains points obscurs de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection. Sur les 54 cas observés, 44 se rapportent à la race israélite qui paraît donc présenter une prédisposition particulière pour la claudication intermittente. Contrairement à l'opinion d'Erb, l'auteur n'a pu constater l'influence marquante du tabac sur l'évolution de cette maladie. L'alcoolisme ne présente non plus un moment étiologique important. La syphilis paraît jouer un rôle étiologique dans la production de cette maladie chez les jeunes gens. La claudication intermittente s'associe souvent à la goutte et au diabète et survient le plus fréquemment entre 40 et 50 ans. Le pronostic est plus sérieux à l'âge jeune qu'à l'âge plus avancé.

M. M.

NÉVROSES

- 1670) **Psychasthénie. Sa sémiologie et sa place nosologique parmi les troubles mentaux**, par G. W. COURTNEY (de Boston). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 9, p. 665-673, 29 février 1908.

L'auteur s'étend longuement sur les symptômes de la psychasthénie ; il décrit ses obsessions, ses doutes, ses phobies, ses anxiétés, son agitation, etc., et la compare à la manie.

Il s'efforce de démontrer qu'il s'agit d'une entité et il en établit les caractères propres.

THOMA.

- 1671) **Du Caractère Psychasthénique**, par PIERRE GANNOUSCHKINE. *Psychiatrie (russe) contemporaine*, p. 433-444, décembre 1907.

L'auteur donne la caractéristique psychologique des personnes, chez qui existe le caractère psychasthénique, et indique leur grande indécision, leurs craintes et leur constante inclination aux doutes.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1672) **Distinction des Attaques d'Hystérie des crises de Psychasthénie**, par ERNEST JONES (de Londres). *The Journal of Abnormal Psychology*, vol. II, n° 5, p. 218-227, décembre 1907 et janvier 1908.

L'auteur s'efforce de distinguer la crise d'hystérie de la crise de psychasthénie en s'appuyant sur des symptômes propres aux crises et sur l'étude des sujets en dehors des crises. Il établit que la désagrégation de la personnalité est massive dans l'hystérie, alors que dans la psychasthénie elle est moléculaire.

THOMA.

- 1673) **Un cas d'Hystérie simulant la Rage humaine**, par STAROCOTLITZKY. *Revue (russe) de Médecine*, n° 48, p. 602-609, 1907.

L'auteur décrit un cas d'hystérie chez un malade, de 48 ans, qui simulait la *lyssa humana* ; le malade était un artiste de profession.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1674) **Du Délire de la Morsure du chien ; aboiement et tendance à mordre, comme symptôme du Trouble Psychique**, par ERIXON. *Psychiatrie (russe) contemporaine*, avril 1908.

L'auteur expose un cas, considéré d'abord comme un cas de rage, mais où il ne s'agissait que d'hystérie. Il s'agissait d'un jeune soldat, et à qui on faisait même des injections antirabiques. Chez un autre malade, alcoolique, avec confusion mentale et excitation, se développèrent par induction des symptômes analogues.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1675) **Un cas d'Hystérie avec Catalepsie spontanée par périodes de longue durée**, par DONSKOFF. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 3-4, 1907.

Malade, opérée d'ovariotomie et d'hystérectomie, chez qui apparurent des crises oniriques spontanées de très longue durée.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1676) **Un cas de Dysbasie Hystérique**, par LUSTRITSKY. *Médecin russe*, n° 20, 1908.

Il s'agit d'une malade de 39 ans, chez qui apparaissait parfois une claudica-

tion intermittente; la psychothérapie fit bientôt disparaître ce phénomène morbide. L'auteur s'assura qu'il s'agissait d'hystérie.

SERGE SOUKHANOFF.

4677) **Le Dermographisme blanc comme symptôme objectif précoce de Névrose traumatique**, par JAROCHEVSKI. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, n° 8, p. 469-473, 1907.

L'auteur compte le dermographisme blanc, comme l'un des phénomènes objectifs précoces de la neurose traumatique.

SERGE SOUKHANOFF.

4678) **Convulsions rythmiques et continues des Muscles de la Déglutition et de la respiration dans un cas de névrose traumatique**, par E. ERNST (de KOWNO, Russie). *Neurol. Cblt.*, n° 20, p. 954-958 (4 fig.), 16 octobre 1907.

Un soldat reçoit un coup sur le larynx, et perd connaissance pendant 10 minutes. A son réveil, mouvements toniques du larynx et dépression rythmée de l'épigastre; la langue et le voile du palais sont également atteints, ainsi que les muscles laryngés examinés au miroir. Forte contraction des muscles inspiratoires accessoires dans les grands mouvements respiratoires. Anesthésie totale des bras et du tronc; absence de réflexes cornéens, abolition du réflexe patellaire; rétrécissement concentrique du champ visuel. L'affection durait sans changement depuis 5 semaines, au moment de la publication. L'auteur admet que l'origine doit être recherchée dans un réflexe ayant le nerf laryngé pour point de départ.

FRANÇOIS MOUTIER.

4679) **Valeur curative de l'Ovariectomie dans les Névroses profondes**, par J. W. BARKSDALE (Vaiden, Miss.). *Tri-State Medical Association (Mississippi, Arkansas and Tennessee)*, Memphis, 19-21 novembre 1907.

L'auteur applique cette intervention opératoire dans les cas où la névrose commence ou s'aggrave au moment de la puberté, dans les cas où les troubles mentaux sont accompagnés de lésions annexielles évidentes, enfin dans les cas où une ménopause difficile est une cause évidente de troubles névropathiques.

THOMA.

4680) **Influence réflexe des Végétations Adénoïdes**, par ERNISS. *Gazette (russe) médicale*, n° 10, 1908.

Les troubles réflexes provoqués par les végétations adénoïdes se manifestent chez des sujets prédisposés par une faiblesse nerveuse de caractère hystérique ou neurasthénique.

SERGE SOUKHANOFF.

4681) **Un cas de Narcolepsie**, par A. W. MACKINTOSH. *Aberdeen Medico-Chirurgical Society*, 20 février 1908.

Histoire d'un homme de 41 ans qui s'endort à chaque instant et pour quelques minutes, au milieu de ses occupations et pendant ses repas.

THOMA.

4682) **Somnolence morbide**, par d'ORSAY HECHT (de Chicago). *American Journal of the Medical Sciences*, n° 432, p. 403-408, mars 1908.

Il s'agit d'un homme de couleur âgé de 48 ans qui s'endort à toute occasion et qui pourrait parfaitement rester endormi toute la journée.

Ses crises de narcolepsie ne se rattachent à aucune maladie évidente du système nerveux ni d'autres appareils.

Il est à remarquer qu'on peut tirer le malade de son sommeil avec la plus grande facilité; il est à l'instant parfaitement éveillé, nullement obnubilé.

THOMA.

1683) **Un cas de Mérycisme**, par H. F. LECHMERE TAYLOR. *British Medical Journal*, n° 2463, p. 620, 14 mars 1908.

La rumination existe comme symptôme isolé chez un garçon de 14 ans, dont l'histoire est rapportée ici. Elle date de l'enfance et peut être reproduite à volonté.

THOMA.

1684) **Sur la Tétanie gastrique**, par VALIASCHKO. *Journal médical de Kharcoff*, mars 1908 (en russe).

Un cas de tétanie chez un malade de 24 ans; à l'autopsie on trouva, entre autres, une nécrose miliaire des follicules de Malpighi de la rate.

SERGE SOUKHANOFF.

1685) **Un cas de Tétanie**, par MARKÉVITCH. *Médecin russe*, n° 3, 1908.

Malade âgé de 17 ans, ouvrier, souffrant de diarrhée chronique et ayant au début de chaque récurrence des accès de convulsions de tétanie; l'auteur pense que ce n'est pas la diarrhée, qui est cause de la tétanie, mais quelque chose d'autre, peut-être ce qui se forme, non dans la voie intestinale, mais qui quitte l'organisme par la voie intestinale.

SERGE SOUKHANOFF.

1686) **Forme spéciale de Torticolis**, par BIENFAIT. *Journal de Neurologie*, Bruxelles, n° 3, 1908.

Cas de torticolis d'allure singulière, qui ne répond ni au type Brissaud (torticolis mental) ni au type paralytique. — Il est de caractère spasmodique: forme grave. Il s'améliora sensiblement par l'usage d'enveloppements chauds à la nuque, l'emploi du courant continu, l'effleurage et la vibration.

PAUL MASOIN.

1687) **Les péripéties d'un Torticolis mental**, par HENRY MEIGE. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XX, n° 6, p. 461-507, novembre-décembre 1907.

Observation doublée d'une auto-observation; l'histoire porte sur 6 années; le torticolis d'abord très amélioré, puis récidivant, amélioré de nouveau, ayant reparu encore, est enfin définitivement guéri.

Le malade, observateur attentif de lui-même, collaborateur thérapeutique avisé, d'une persévérance inlassable, s'est, peut-on dire, lui-même guéri.

E. FEINDEL.

1688) **Torticolis mental de Brissaud; insuccès du traitement chirurgical**, par SICARD et DESCOMPS. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XX, n° 6, p. 459-461, novembre-décembre 1907.

Dans ce cas on a d'abord appliqué une minerve plâtrée. Plus tard on a injecté de l'alcool à 90° dans le tronc du nerf. Enfin, on a sectionné les muscles de la nuque (portion occipitale du trapèze, muscles splénus grands complexus, petits complexus, obliques inférieurs).

L'état du malade est plus mauvais qu'avant toute intervention.

E. FEINDEL.

1689) **De l'Écriture associée comme Méthode thérapeutique de la Crampe des Écrivains**, par G. D'ABUNDO (de Catane). *Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, vol. I, fasc. 4, p. 161, avril 1908.

Dans un certain nombre de cas de mogigraphie spasmodique l'auteur a appliqué ce traitement par l'écriture des deux mains, procédé qui lui avait d'ailleurs été enseigné par un malade dont il rapporte l'observation.

Le procédé consiste à tenir la main qui écrit avec l'autre main; toutes deux exécutent à la fois les mouvements de l'écriture; on peut dire que passant à droite et à gauche les impulsions motrices perdent ce qu'elles ont d'excessif lors de l'écriture d'une seule main exécutée par les sujets atteints de la forme spasmodique de la crampe des écrivains.

Mais il ne faut pas croire que la méthode soit applicable à tous les cas et en particulier l'auteur cite deux formes de mogigraphie à l'égard desquelles ce traitement est sans aucune action : la première est cette impossibilité d'écrire de certains neurasthéniques lorsque plusieurs personnes les regardent; il se développe chez eux dans cette circonstance un état d'anxiété très pénible. Chez d'autres sujets il s'agit d'une véritable graphophobie : les malades éprouvent une peine énorme à se mettre à écrire et leurs efforts pour y parvenir aboutissent à des réactions diverses, par exemple à déterminer la migraine comme dans un des deux cas de ce genre cités dans cet article.

F. DELENI.

PSYCHIATRIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

SÉMIOLOGIE

1690) **Deux cas de Trichotillomanie**, par DIELOFF. *Comptes rendus de la Soc. médicale du Caucase*, n° 44, 1906.

L'auteur cite deux cas d'impulsion morbide à s'arracher des cheveux (trichotillomanie). Il n'y avait point de symptômes locaux expliquant cette impulsion; deux malades présentaient des phénomènes de démence et un délire caractérisé par le désir d'être plus beau.

SERGE SOUKHANOFF.

1691) **Individualités psychopathiques**, par SCLIOR. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*, fasc. 5 et 6, 1907.

L'auteur insiste sur un type psychopathique, où on observe de l'inconstance, du déséquilibre, des états d'extase, des idées délirantes isolées, du mensonge pathologique et de l'inclination à la mystification; l'auteur propose le terme de *psycho-neurosis-degenerativa fantastica* et demande comment il faut se comporter au point de vue médico-légal avec les sujets de ce genre, se trouvant à la limite de la maladie mentale.

SERGE SOUKHANOFF.

1692) **Les troubles psychiques dans la Sclérose Latérale Amyotrophique**, par O. FRAGNITO (de Naples). *Annali di Neurologia*, an XXV, fasc. 4-5, p. 273-287, 1907.

Trois observations de sclérose latérale amyotrophique avec déchéance mentale.

Celle-ci semble être un aboutissant ordinaire de la maladie, tandis que les délires et les troubles sensoriels sont exceptionnels. D'après l'auteur, le déficit psychique serait conditionné par les dégénérationes de la substance nerveuse remontant jusqu'à l'écorce cérébrale.

F. DELENI.

1693) **La Lecture photographique à haute Voix**, par V. OSSIPOFF. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 1, 1908.

Chez un malade, de 22 ans, catatonique, on observait un symptôme, consistant en ce que le malade lisait tout ce qui était imprimé, en indiquant tous les signes, les points, les virgules, etc. L'auteur rapporte ce symptôme à la catégorie des mouvements imitatifs.

SERGE SOUKHANOFF.

1694) **Automatisme Ambulatoire**, par DIELOFF. *Comptes rendus de la Soc. médicale du Caucase*, n° 69, 1907.

Dans les quatre cas cités d'automatisme ambulatoire les manifestations morbides étaient semblables; les malades étaient des dégénérés avec tare héréditaire très lourde et phénomènes de dégénérescence. Dans le premier cas il y avait des phénomènes de « vertige »; l'auteur rapporte ce cas à l'épilepsie; dans le second cas il y avait de l'hystérie; dans le troisième aussi de l'hystérie compliquée de syphilis; dans le quatrième cas il y avait de l'hystérie avec alcoolisme. Dans l'un de ces cas l'automatisme dura très longtemps (presque deux années).

SERGE SOUKHANOFF.

1695) **Dissociation des Représentations et sa signification**, par SELETZKY. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*, liv. 1, 1908.

L'auteur a constaté que les représentations visuelles sont moins solides et moins stables que les représentations correspondantes auditives; le commencement de la désagrégation intellectuelle se caractérise par la perte des représentations visuelles; la perte de l'une et l'autre représentation annonce la fin de la désagrégation intellectuelle et le passage à la vie purement végétative.

SERGE SOUKHANOFF.

1696) **Du rôle de l'analyse psychiatrique dans l'administration médicale des Narcotiques**, par RYBAKOFF. *Médecin russe*, n° 50, p. 1734-1735, 1907.

Il ne faut pas prescrire de narcotiques très forts avant l'examen psychiatrique approfondi du malade.

SERGE SOUKHANOFF.

1697) **Du Sommeil provoqué par le Chloroforme**, par PODIAPOLSKY. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*, liv. 1, 1908.

Tout sommeil est un acte psychique et tout acte consistant à endormir est une manipulation psychologique; celui, qui produit la narcose, doit être au courant des phénomènes de la suggestibilité. Si le malade manifeste une crainte particulière de la chloroformisation, on peut par suggestion hypnotique chercher à éloigner ce sentiment de peur. Il faut prendre garde à ses paroles et à ses actes auprès du lit du malade qu'on veut chloroformer; parfois, à ces moments, on peut agir sur les malades par suggestion. La peur peut facilement être l'une des causes de la mort dans la chloroformisation.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1698) **Relations de l'État mental et des fonctions somatiques**, par W. L. CONKLIN. *New-York Medical Journal*, n° 1530, p. 582, 28 mars 1908.

L'auteur rappelle les relations étroites existant entre le physique et le psychique. Le praticien de médecine générale doit avoir des notions de psychologie et de psychiatrie; l'aliéniste doit posséder des connaissances approfondies de médecine interne.

THOMA.

- 1699) **Le manicomio de Girifalco et la folie dans la province de Catanzaro. Étude clinique et statistique**, par ROMANO PELLEGRINI. Un volume in-8° de 300 pages. Catanzaro, tipographie cartoleria V. Asturi, 1907.

Le distingué directeur qui est maintenant depuis 18 ans à la tête du manicomio de Girifalco donne dans cet intéressant volume l'histoire de la vie scientifique et économique de cet établissement depuis sa fondation. Malgré ses débuts modestes, le manicomio de Girifalco a pu, grâce aux efforts de ses directeurs et par le travail de ses pensionnaires, acquérir et perfectionner les services qui en font un des asiles les mieux outillés de l'Italie.

Néanmoins, la plus grande fréquence actuelle de l'aliénation mentale et les progrès récents de la thérapeutique imposent quelques modifications nouvelles; l'auteur du volume en décrit le plan d'ensemble et il en fournit les détails.

F. DELENT.

- 1700) **Documents anciens sur le Traitement des aliénés au dix-huitième siècle**, par A. MARIE (de Villejuif). *Soc. clinique de médecine mentale*, 45 juin 1908. *Revue de Psychiatrie*, p. 314, juillet 1908.

Présentation de dessins : le premier montre de dos et de face la ceinture de force avec contorsion des bras : c'est une sorte de corselet de cuir maintenant les coudes au corps et facilitant le restraint, bien qu'en progrès sur le panier de force fixe.

Le 2^e dessin montre le tourniquet thérapeutique avec adaptation à la station horizontale ou verticale. Cet instrument de centrifugation formait fauteuil de force vibratoire dans le 2^e cas. Dans le premier, c'est une sorte de gouttière de Bonnet pivotant sur elle-même avec fermeture lacée pour maintenir le patient couché durant l'opération.

E. FEINDEL.

PSYCHOSES TOXI-INFECTIEUSES

- 1701) **Un cas de Psychose de Korsakov**, par UDINE. *Assemblée scientifique des médecins de l'Asile de Kharkov*, séance du 5 novembre 1907.

Chez un malade de 45 ans, alcoolique, se manifestèrent des phénomènes de psycho-polynévrite. Nombreux lymphocytes dans le liquide cérébro-spinal.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1702) **Note sur l'Amnésie dans la Psychose Korsakovienne**, par SERGE SOUKHANOFF (de Moscou). *Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale*, an XII, n° 5, p. 194-195, mai 1908.

Description de l'amnésie dans la psychose korsakovienne et des particularités qui la différencient des syndromes analogues des autres psychoses.

D'après l'auteur, l'amnésie qui porte sur les événements actuels peut s'étendre sur les dernières acquisitions et s'accompagner de fausses reminiscences; les faits anciens sont généralement conservés; dans les cas graves, le tableau clinique est avant tout celui de la démence organique.

F. FEINDEL.

1703) **Du Traitement des Psychoses Post-puerpérales**, par VIRSCHOUBSKY. *Psychiatrie (russe) contemporaine*, février 1908.

Un cas de psychose post-puerpérale avec phénomènes de confusion mentale; après l'intervention opératoire gynécologique se produisit une grande amélioration. L'auteur pense que chez les femmes les lésions des organes génitaux peuvent influencer l'appareil neuro-psychique et provoquer une névrose ou une psychose.

SERGE SOUKHANOFF.

1704) **Un cas de Psychose Choréique**, par E. IVANOFF. *Société de Neuropathologie de Moscou*, séance du 18 mai 1907.

Chez un soldat, après un rhumatisme articulaire, apparut une psychose avec troubles moteurs, que l'auteur considère comme des troubles choréiques convulsifs.

SERGE SOUKHANOFF.

1705) **Troubles psychiques dans l'Intoxication par le « Secale Cornutum »**, par GLOUSCHKOFF. *Psychiatrie (russe) contemporaine*, février 1908.

Malade, de 33 ans, tartare de Kazan, qui absorbait du pain fait d'une farine contenant du *secale cornutum*, et qui fut atteint d'une psychose avec phénomènes de confusion; l'affection se termina par la guérison.

SERGE SOUKHANOFF.

PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

1706) **Une forme particulière de Délire chronique**, par PAVLOVSKAÏA. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, n° 8, p. 466-469, 1907.

Malade de 32 ans, chez laquelle on a observé un délire systématisé, à la réalité duquel elle ne croyait pas elle-même, reconnaissant la subjectivité de ces idées erronées.

SERGE SOUKHANOFF.

1707) **Sur le Syndrome Paranoïde aigu**, par AGADJANIANZ. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 3-4, 1907.

L'auteur cite deux cas de *paranoïa aiguë*; dans les deux cas le début de la maladie a été précédé par une secousse morale très pénible.

SERGE SOUKHANOFF.

1708) **Catatonie, forme clinique autonome**, par AGADJANIANZ. *Médecin russe*, n° 19, 1908.

La catatonie de Kahlbaum, par ses données cliniques, se distingue de la forme catatonique de la démence précoce; elle peut être considérée comme une entité nosologique.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1709) **De la Folie morale traumatique**, par STSCHERBAKOFF. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*, liv. 4, p. 703-704, 1907.

Les malades atteints de lésions traumatiques graves doivent toujours à leur sortie de l'hôpital, si la chose est possible, être mis au travail ; c'est pour cela qu'il existe des maisons de travaux ; ou bien ils doivent être rendus à leurs parents, qui doivent les surveiller.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1710) **Un cas d'Impuissance suite d'Abstinence, guérison**, par STCHERBAKOFF. *Journal (russe) des maladies cutanées et vénériennes*, p. 35-38, janvier 1908.

Malade, de 30 ans, scrupulo-inquiet guéri d'impuissance par la psychothérapie et l'électrisation.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1711) **Un cas de Délire à deux**, par EUGÈNE GELMA. *Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale*, an XII, n° 5, p. 202-205, mai 1908.

Il s'agit d'un malade délirant depuis de longs mois, qui avait communiqué à sa femme son délire et ses hallucinations ; il s'agit bien d'un cas de délire à deux, l'individu plus intelligent ayant imposé progressivement au sujet passif un délire vraisemblable reposant sur des faits survenus dans le passé.

E. FEINDEL.

- 1712) **Rapport sur le maintien dans un Asile privé d'une femme atteinte de Délire de Persécution avec interprétations multiples**, par E. TOULOUSE (de Villejuif). *Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale*, an XII, n° 5, p. 196-202, mai 1908.

Observation et expertise concernant une malade atteinte d'un délire de persécution caractérisé par des interprétations délirantes multiples et actives. Cette femme n'est pas en état de vivre seule au dehors, mais elle pourrait être mise en liberté sous surveillance et dans certaines conditions.

E. FEINDEL.

- 1713) **Délire chronique à évolution systématique**, par MAGNAN. *Soc. clinique de médecine mentale*, 15 juin 1908. *Revue de Psychiatrie*, p. 297, juillet 1908.

Présentation d'un exemple typique de délire chronique à évolution systématique.

Il s'agit d'une malade sans tare héréditaire qui a traversé l'enfance, l'adolescence et est arrivée à 39 ans sans présenter le moindre déséquilibre intellectuel, le moindre trouble psychique. Elle est aujourd'hui dans sa 69^e année et depuis 30 ans, elle a parcouru lentement, progressivement, sans le moindre arrêt, les trois premières étapes du délire chronique.

L'intérêt de cette observation réside principalement dans la netteté et la simplicité de ses éléments cliniques ; illusions, interprétations délirantes à la première période, hallucinations auditives et idées de persécution à la seconde période ; hallucinations auditives, prédominance d'idées ambitieuses à la troisième. Depuis 30 ans, ce délire évolue de la façon la plus régulière sans discontinuité, sans aucune complication ni bouffée délirante intercurrente ni appoint toxique alcoolique ou autre. L'activité intellectuelle est encore remarquable.

E. FEINDEL.

- 1714) **Folie périodique à début tardif**, par LWOFF. *Soc. clinique de médecine mentale*, 15 juin 1908. *Revue de Psychiatrie*, p. 299, juillet 1908.

La malade présentée a 76 ans; elle est atteinte de folie périodique à forme alterne depuis l'âge de 69 ans. L'auteur fait ressortir l'intérêt pratique du cas au point de vue du diagnostic et du pronostic.

On considère en effet trop facilement comme démence sénile des psychoses diverses survenues chez les personnes ayant dépassé un certain âge. La malade qui, à son entrée, était dans une période de dépression, a été considérée comme atteinte d'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles.

Cependant, en pleine période d'excitation, l'intelligence de la malade n'est pas très affaiblie, même au bout de 7 ans de séjour à l'Asile, même à l'âge de 76 ans. Pendant ses périodes lucides, elle serait parfaitement capable de s'occuper de ses affaires et de vivre au dehors, et on conçoit toute l'importance d'un diagnostic exact pour la malade et sa famille.

Au point de vue médico-légal : un testament fait pendant la période lucide peut réellement exposer la volonté de la malade et cependant, le certificat d'un aliéniste autorisé portant « affaiblissement considérable des facultés mentales » suffirait certainement pour l'annuler s'il était attaqué. E. FEINDEL.

- 1715) **Sur un cas d'Acromégalie avec Épilepsie et Psychose Maniaque dépressive**, par JACQUES ROUBINOVITCH. *Gazette des Hôpitaux*, an XLII, n° 89, p. 1059, 6 août 1908.

On connaît la fréquence des troubles mentaux chez les acromégaliques et l'on sait que la plupart des psychoses et des névroses ont été signalées au cours de l'acromégalie.

L'observation de l'auteur est un cas des plus typiques des associations de ce genre. Il s'agit d'un homme de 38 ans dont l'acromégalie s'est compliquée successivement d'épilepsie, puis de psychose maniaque dépressive.

C'est vers l'âge de 22 ans que l'acromégalie débute par des signes de tumeur hypophysaire (amaurose, céphalée). Vers l'âge de 30 ans survint l'épilepsie, et vers l'âge de 35 ans apparurent les manifestations caractéristiques de la psychose maniaque dépressive.

Au point de vue des signes extérieurs de l'acromégalie, le tableau est complet; une insuffisance testiculaire très marquée est en outre à noter.

L'épilepsie s'est manifestée sous les aspects les plus variés : crises convulsives, vertiges, épilepsie psychique avec impulsions violentes et exhibitionnisme.

Quant aux troubles mentaux, ils consistent en un affaiblissement considérable de la mémoire, une grande paresse dans l'association des idées, en modifications du caractère, en un état mélancolique et apathique habituel. A certains moments, le malade est encore plus sombre et désire la mort; ce sont là des crises de dépression. Mais par intervalles surviennent des phases d'euphorie et d'agitation pendant lesquelles le malade manifeste dans ses écrits et dans ses paroles une joie exubérante. FEINDEL.

- 1716) **Quatre cas de Psychopathie dégénérative** par DIERJINSKY. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*, livraison 4, p. 664-700, 1907.

A propos des cas de psychopathie dégénérative qu'il rapporte, l'auteur rappelle

que la divergence des opinions, au sujet d'un seul et même tableau clinique, est souvent plus apparente que réelle, car cette divergence dépend exclusivement de ce que la terminologie psychiatrique n'est pas encore complètement instituée.

SERGE SOUKHANOFF.

1717) Symptomatologie de la Psychose Maniaque Dépressive, par S. SOUKHANOFF. *Moniteur (russe) des aides-médecins*, n° 6, 1908.

L'étude de la psychose maniaque dépressive montre qu'il n'y a pas de complète opposition entre la « manie » et la « mélancolie » ; il existe entre elles, au contraire, une grande consanguinité ; souvent, dans l'état mélancolique dépressif, on observe des symptômes maniaques et inversement. La nouvelle tendance, en psychiatrie, souligne, d'une manière plus marquée qu'auparavant, la signification et la gravité des états mixtes (maniaques dépressifs).

SERGE SOUKHANOFF.

1718) Sur les Psychoses Maniaques et Dépressives (U. manische u. depressive Psychosen), par WALKER (Bern). *Archiv f. Psychiatrie*, t. XLIII, fasc. 2, p. 788 (60 p., bibl.), 1907.

Walker donne le bilan de son service pendant 23 ans pour les malades de cette catégorie. Il distingue : la mélancolie simple, la mélancolie périodique, la mélancolie hypocondriaque, la manie simple, la manie périodique, la forme circulaire (forme maniaque-dépressive au sens étroit du mot).

Ce travail a un intérêt surtout documentaire et statistique, sans apporter d'éléments nouveaux à la question. Il y a cependant à noter que Walker admet la manie et la mélancolie simple, tout en reconnaissant que l'accès de manie ou de mélancolie isolé ne se distingue guère de l'accès périodique.

M. TRÉNEL.

1719) Du Caractère Scrupuleux inquiet, par SERGE SOUKHANOFF. *Questions (russes) de Philosophie et de Psychologie*, novembre-décembre 1907.

Le caractère scrupulo-inquiet semble une particularité congénitale ; il a un lien intime avec les idées obsédantes ; ce caractère se distingue par de l'indécision (parfois au contraire on observe de la persévérance), de l'inquiétude, de l'agitation, par une grande impressionnabilité, une tendance aux fantaisies obsédantes, des soucis disproportionnés, etc. Les personnes de cette catégorie sont pédantes, elles prennent facilement toutes sortes d'habitudes bizarres, sont portées vers les idées hypocondriaques ; souvent elles sont timides, peureuses, modestes ; elles aiment souvent la solitude. Les qualités morales sont, pour la plupart, bien développées dans le caractère scrupulo-inquiet. L'auto-observation et l'autoanalyse sont exagérées chez les personnes de ce genre.

SERGE SOUKHANOFF.

PSYCHOSES CONGÉNITALES

1720) Présentation d'une enfant atteinte d'Idiotie Familiale Amaurotique, par APERT et DUBOIS. *Soc. de Pédiatrie*, novembre 1907. *Archives de Médecine des Enfants*, n° 5, p. 335, mai 1908.

Première observation française d'idiotie amaurotique familiale ; la petite malade est au début de son affection, néanmoins l'ensemble clinique impose le diagnostic et l'examen ophtalmoscopique le confirme.

E. FEINDEL.

THÉRAPEUTIQUE

- 1721) **Les agents physiques dans le Traitement de l'Hémiplégie Organique**, par ALLARD (de Paris) et CAUVY (de la Malou). *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, février 1908.

L'emploi opportun et judicieux des *agents physiques* amène toujours une bonne amélioration quand on soigne les hémiplegiques dès le début.

Dès la première semaine, le *massage* seul, suivi d'une *mobilisation* douce et progressive de toutes les articulations, doit être institué. Un peu plus tard, on a recours à la *rééducation*.

Plus tard encore les bains hydroélectriques, et enfin les cures thermales montreront leur efficacité sur les douleurs, les arthrites, les contractures.

E. F.

- 1722) **Psychothérapie, méthode de Freud**, par L. PIERCE CLARK (de New-York). *Medical Record*, n° 4950, p. 481, 21 mars 1908.

La méthode consiste à transporter le malade dans un milieu favorable et reposant, où rien ne vient lui rappeler les faits pénibles, d'origine sexuelle, qu'il a subis.

La méthode de Freud est particulièrement favorable dans l'hystérie et elle a des avantages indéniables sur l'hypnotisme.

THOMA.

- 1723) **Psychothérapie dans le traitement des Névroses fonctionnelles**, par ARTHUR P. HERRING. *New-York med. Journal*, n° 4536, p. 885-888, 9 mai 1908.

Exposé de la méthode. Observations de psychasthéniques, de neurasthéniques, d'hystéro-neurasthéniques guéris par l'isolement et la psychothérapie.

THOMA.

- 1724) **Traitement du Prurit cutané chronique**, par PARHON et PANESCO. *Journal de Neurologie*, Bruxelles, n° 5, 1908.

Observation d'un cas rebelle où l'administration de chlorure de calcium (3 pour 400) fut suivie d'excellent résultat — confirmation des communications de Savill et Netter sur l'action particulière de ce sel. Il y aurait lieu d'en étendre l'emploi dans les diverses circonstances (ictère, glycosurie, etc.) où ce symptôme peut apparaître.

PAUL MASOIN.

- 1725) **De la thérapie de la Paralysie agitante**, par SAPOJNIKOFF. *Moniteur (russe) neurologique*, fasc. 2, p. 40-46, 1907.

Le massage vibratoire de la colonne vertébrale dans la paralysie agitante a une bonne influence sur la rigidité musculaire.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1726) **Le traitement spécifique de la Lèpre**, par DEECKE. *British Medical Journal*, n° 2466, p. 802, 4 avril 1908.

L'auteur n'est pas arrivé à cultiver le bacille de la lèpre, mais il a réussi à plusieurs reprises à isoler un *streptothrix* qu'il appelle *leptoides* en partant du tubercule lépreux.

Les cultures de ces *streptothrix* ainsi que l'extrait étheré du microbe ont, d'après l'auteur, une action curative manifeste; les photographies jointes à l'article montrent en effet une amélioration considérable dans l'état des lèpreux qu'elles représentent.

THOMA.

1727) **Étude clinique des composés du Brome et spécialement du Bromure de Strontium**, par WILLIAM J. ROBINSON (de New-York). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 3, p. 189-193, 18 janvier 1908.

Le bromure de strontium est à préférer au bromure de potassium, toxique à la longue, et même au bromure de sodium. C'est un excellent sédatif; il n'abîme pas l'estomac, il n'irrite pas les reins et ne produit que rarement de l'acné, et toujours sous une forme légère.

THOMA.

1728) **Des Méthodes Physiques du Traitement de la Neurasthénie sexuelle**, par SLETOFF. *Revue (russe) de Médecine*, n° 21, p. 912-926, 1907.

La neurasthénie sexuelle constitue un terrain très favorable à l'application de diverses méthodes de traitement; il faut employer, dans chaque cas particulier, le traitement qui ne provoque pas chez le malade des sensations subjectives désagréables.

SERGE SOUKHANOFF.

1729) **Note sur le Traitement du Tétanos d'origine traumatique par le Sérum Antidiphthérique**, par STCHERBAKOFF. *Médecin (russe) praticien*, n° 4, p. 62-63, 1908.

Le sérum antidiphthérique de Béring est capable de faire cesser les convulsions et de provoquer une amélioration temporaire; mais il ne peut pas faire disparaître totalement l'affection; peut-être si on faisait les injections plus tôt ou en plus grande quantité, alors ce sérum serait-il en état de vaincre le poison tétanique; mais c'est, certes, une question qui réclame des observations ultérieures.

SERGE SOUKHANOFF.

1730) **De l'application de l'Anesthésie Rachidienne**, par SCROBANSKY. *VII^e Congrès des chirurgiens russes*, Moscou, 1907.

L'anesthésie rachidienne peut être utilisée avec succès dans toutes les opérations pratiquées au-dessous de l'ombilic, opérations chirurgicales, et presque dans toutes les opérations gynécologiques. Cette méthode n'est pas plus dangereuse que la narcose générale, et peut-être même moins dangereuse; pour bien des malades, cette méthode est moins désagréable que la narcose générale.

SERGE SOUKHANOFF.

1731) **Anesthésie Rachidienne**, par TOMACHEVSKY. *VII^e Congrès des chirurgiens russes*, Moscou, 1907.

Le rapporteur trouve prématuré de porter des conclusions définitives concernant l'anesthésie rachidienne; mais l'auteur trouve recommandable son application, dans les cas nécessaires.

SERGE SOUKHANOFF.

OUVRAGES REÇUS

JOERGER, *La famille Zéro* (traduction du Dr Ladame). Arch. d'anthropologie criminelle, 45 avril 1908.

HARTENBERG, *Psychologie des neurasthéniques*. Vol. édité à Paris chez Alcan, 1908.

MORTON PRINCE, *Étude de la localisation du tact dans un cas d'astéréognosie et d'asymbolie par lésion de l'écorce cérébrale*. American neurological Association, mai 1907.

MORTON PRINCE, *Stéréognosie tactile et symbolie*. The Journ. of nervous and mental diseases, janvier 1908.

RICHSMER et SOUTHARD, *Un cas intéressant de tumeur cérébrale*. American Journal of insanity, avril 1908.

STEFANELLI et LEVI, *De l'ostéomalacie*. Rivista critica di clinica medica, Fizenze, 1908.

A. MAIRET, *La simulation de la folie*. Chez Coulet à Montpellier, chez Masson à Paris, 1908.

J. BRAULT, *La pellagre en Algérie*. Gazette des Hôpitaux, p. 549, avril 1908.

G.-L. WALTON, *Why Worry?* Lippincott Company, à Philadelphie et à Londres, 1908.

P. VOIVENEL, *Littérature et Folie (étude anatomo-pathologique du génie littéraire)*. Édité chez Alcan, à Paris, 1908.

G. PIGHINI, *Sur la structure des cellules nerveuses du lobe électrique et des terminaisons nerveuses dans l'organe électrique du Torpedo ocellata*. Anatomischer Anzeiger, n° 49, 1908.

DI GASPERO, *Sur le phénomène de la macropsie*. J. für Psychologie u. Neurologie, Band XI, 1908.

SCHOENBORN et H. KRIEGER, *Atlas clinique des maladies nerveuses*. Chez Carl Vinter, à Heidelberg, 1908.

DURAIN, *Symptômes et pathogénie de la psychasthénie* (38 p.). Imprimerie Morel, à Lille, 1908.

G. PIGHINI, *Sul potere che hanno la colesterina e la sostanza nervosa di neutralizzare la emolisi da lecitina e da sieri specifici*. Rivista sperimentale di Frenatria, vol. XXXIV, 1908.

Contributions from the Department of neurology and the Laboratory of neuropathology for the year 1907. Vol. III, University of Pennsylvania, Philadelphie.

A. SPITZKA, *Sur la mort par l'électricité*. Proceedings American Philosophical Society, 1908.

VASCHIDE et MEUNIER, *La pathologie de l'attention*. Biblioth. de psychologie expérimentale, chez Bloud à Paris.

H. LAURES, *Les synesthésies*. Biblioth. de Psychologie expérimentale, chez Bloud à Paris.

Princesse LUBOMIRSKA, *Les préjugés sur la folie*. Biblioth. de psychologie expérimentale, chez Bloud à Paris.

A. MARIE, *L'audition morbide*. Biblioth. de psychologie expérimentale, chez Bloud à Paris.

M. VIOLLET, *Le spiritisme dans ses rapports avec la folie*. Biblioth. de psychologie expérimentale, chez Bloud, à Paris.

VASCHIDE, *Les hallucinations télépathiques*. Biblioth. de psychologie expérimentale, chez Bloud, à Paris.

LENOBLE, *Les réactions sanguines dans les anémies et les états infectieux de l'enfance*. Arch. de médecine expérimentale, t. XIX et XX.

NOÏCA, *Le mécanisme de la contracture chez les spasmodiques hémiplegiques ou paraplégiques*. Soc. de neurologie de Paris, 9 janv. 1908.

NOÏCA, *Le mécanisme de la contracture*. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 2, 1908.

NOÏCA, *La contracture dans la maladie de Friedreich*. Soc. de Neurologie de Paris, 9 janv. 1908.

NOÏCA, *Troubles de la sensibilité objective dans la maladie de Friedreich*. Soc. de Neurologie de Paris, 9 janv. 1908.

NOÏCA, *De l'anesthésie médullaire*. Journ. de Neurologie, 1908.

NOÏCA, *Dissociation et antagonisme des réflexes cutanés et tendineux*. Presse médicale, mars 1908.

A. TERSON, *Des troubles visuels dans l'abus de l'alcool et du tabac*. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1906.

A. TERSON, *Les oculistes gallo-romains et leurs instruments*. Archives d'ophtalmologie, mai 1908.

H. DAMAYE, *Sur les troubles mentaux d'origine toxique. La médication iodée*. Echo médical du Nord, 9 août 1908.

J. DONATH, *Sur l'amnésie hystérique*. Archiv. f. Psychiatrie. Bd. 44, Heft 2.

REBIZZI, *Le bromure de potassium en injections hypodermiques*. Annali del manicomio Prov. di Perugia, 1908.

Le gérant : P. BOUCHEZ.

rie

n-

n-

ou

e,

le

le

i-

s-

-

e.

.

-